

SKRIPSI
HUBUNGAN PENGETAHUAN PERAWAT DENGAN
PELAKSANAAN *EARLY WARNING SCORE* (EWS) PADA PASIEN DI
RUANGAN *EMERGENCY* DAN *INTENSIVE CARE UNIT* (ICU)
RUMAH SAKIT SILOAM KUPANG



Oleh :

MILDAN BOIMAU
NIM. 191112020

UNIVERSITAS CITRA BANGSA
FAKULTAS KESEHATAN
PROGRAM STUDI NERS
KUPANG
2021

SKRIPSI
HUBUNGAN PENGETAHUAN PERAWAT DENGAN
PELAKSANAAN *EARLY WARNING SCORE* (EWS) PADA PASIEN DI
RUANGAN *EMERGENCY* DAN *INTENSIVE CARE UNIT* (ICU)
RUMAH SAKIT SILOAM KUPANG

Untuk Memperoleh Gelar Serjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi Ners
Universitas Citra Bangsa Kupang



Oleh :

MILDAN BOIMAU
NIM. 191112020

UNIVERSITAS CITRA BANGSA
FAKULTAS KESEHATAN
PROGRAM STUDI NERS
KUPANG
2021

PENGESAHAN

Dipertahankan Di Depan Tim Penguji Ujian Skripsi
Program Studi Ners Tahap Akademik Universitas Citra Bangsa
Dan Diterima Untuk Memenuhi Persyaratan Guna Memperoleh Gelar
Serjana Keperawatan (S,Kep) Tanggal 15 Maret 2021

Mengesahkan

Rektor Universitas Citra Bangsa




Prof. Dr. Frans Salesman, SE., M.Kes
NIDN:0809055501

LEMBAR PERSETUJUAN SKRIPSI

Judul : Hubungan Pengetahuan Perawat Dengan Pelaksanaan
Early Warning Score (EWS) Pada Pasien Di Ruangan
Emergency Dan Intensive Care Unit (ICU) Rumah Sakit
Siloam Kupang
Nama : Mildan Boimau
NIM : 191112020

Mengetahui :

Pembimbing I


Ns Appolonaris T Berkanis, S.Kep., MH.Kes
NIK: 02120221

Pembimbing II


Ns. Analizza Ina Lea, M.Ng(AC)
NIK: 02140222

Mengetahui :

Dekan Fakultas Kesehatan
Universitas Citra Bangsa


Vinsensius B Lemaking, S.KM., M.Kes
NIDN: 082711831

Ketua Program Studi Ners
Universitas Citra Bangsa


Ns. Balbina Antonelda M. Wawo, M.Kep., Sp.Kep.J
NIDN: 0813068403

PENETAPAN PANITIA PENGUJI

Telah Diuji

Pada Tanggal, 15 Maret 2021

Judul : Hubungan pengetahuan perawat dengan pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS) pada pasien diruangan Emergency dan Ruangan Intensive Care Unit (ICU) Rumah Sakit Siloam Kupang.

Nama : Mildan Boimau

NIM : 191112020

Panitia Penguji

Ketua : Sebastianus K. Tahu, S.Kep, Ns., M.Kep


(.....)

Anggota : 1. Ns. Appolonaris T Berkanis, S.Kep., MH.Kes



(.....)

2. Ns. Analizza Ina Lea, M.Ng (AC)


(.....)

Mengesahkan :

Dekan
Fakultas Kesehatan
Universitas Citra Bangsa


Vinsensius B Lemaking, S.KM., M.Kes
NIDN: 082711831

Ketua
Program Studi Ners
Universitas Citra Bangsa


Ns. Balbina Antonelda M. Wawo., Kep., Sp. Kep. J
NIDN: 0813068403

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya:

Nama : Mildan Boimau

NIM : 191112020

Program Studi : Ners

Alamat Rumah : Perumnas, Kota Kupang

No Telepon : 082340267875

Dengan ini menyatakan bahwa:

1. Karya tulis ilmiah ini adalah asli dan benar-benar hasil karya saya sendiri, dan bukan hasil karya orang lain dengan mengatas namakan saya, serta bukan merupakan hasil peniruan atau penjiplakan (*Plagiarism*) dari hasil karya orang lain. Skripsi ini belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik di Universitas Citra Bangsa, maupun di perguruan tinggi lainnya.
2. Di dalam Skripsi ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain. Kecuali tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dan disebutkan nama pengarang serta dicantumkan dalam daftar pustaka.
3. Pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar saya yang telah diperoleh, serta sanksi lainnya sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Kupang, 10 Maret 2021

Yang Membuat Pernyataan



Mildan Boimau
191112020

MOTTO

"Terasa Sulit Ketika Aku Merasa
Harus Melakukan Sesuatu.
Tetapi, Menjadi Mudah Ketika
Aku Menginginkannya"

ABSTRAK

Boimau, Mildan. (2021). Hubungan Pengetahuan Perawat Dengan Pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS) Pada Pasien Di Ruang Emergency Dan Intensive Care Unit (ICU) Rumah Sakit Siloam Kupang. Ns. Appolonaris Tomas Berkanis, S.Kep., MH.Kes dan Ns. Analizza Ina Lea, M.Ng (AC)

Early Warning Score (EWS) merupakan suatu sistem pendekatan dengan melakukan scoring berdasarkan parameter yang telah ditetapkan dan diadopsi. *Early Warning Score* (EWS) ini dilakukan dengan tujuan untuk menilai pasien dengan kondisi akut, mendeteksi sejak dini penurunan kondisi klinis pasien selama dalam perawatan di rumah sakit, dan dimulainya respon klinik yang tepat waktu secara kompeten. *Early Warning Score* (EWS) dilakukan terhadap semua pasien pada asesmen awal dengan kondisi penyakit akut dan pemantauan secara berkala pada semua pasien yang mempunyai risiko tinggi berkembang menjadi sakit kritis selama berada di rumah sakit. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan pengetahuan perawat dengan pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS) pada pasien di ruangan *Emergency* dan ruangan *Intensive Care Unit* (ICU) RSU Siloam Kupang. Jenis penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif yang bersifat korelasional dengan pendekatan *cross sectional*. Metode pengambilan sampel menggunakan teknik total sampling yang berjumlah 32 orang. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner dan observasi langsung. Uji yang digunakan adalah uji statistik *chi-square*, nilai $p = 0,002$. Hal ini menunjukkan bahwa $p (0,002) < \alpha (0,005)$ sehingga H_0 ditolak dan dapat dinyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara variabel pengetahuan dengan variabel pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS) pada pasien di ruangan *Emergency* dan ruangan *Intensive Care Unit* (ICU) RSU Siloam Kupang. Pengetahuan yang baik akan cenderung melakukan pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS) dengan baik pula dan pelayanan yang diberikan pun lebih optimal.

Kata Kunci: Pengetahuan, Perawat, *Early Warning System* (EWS)

ABSTRACT

Boimau, Mildan. (2021). Relationship Between Nurse's Knowledge And Implementation Of Early Warning System (EWS) In Patients In Emergency Room And Intensive Care Unit (ICU) At Siloam Hospital Kupang. Ns. Appolonaris Tomas Berkanis, S.Kep., MH.Kes dan Ns. Analizza Ina Lea, M.Ng (AC)

Early Warning Score (EWS) is a system approach by scoring based on predetermined and adopted parameters. This Early Warning Score (EWS) is performed with the aim of assessing patients with acute conditions, early detection of deterioration in the patient's clinical condition during hospitalization, and initiating a competent timely clinical response. Early Warning Score (EWS) was carried out for all patients in the initial assessment with acute disease conditions and periodic monitoring of all patients who had a high risk of developing critical illness during their stay in the hospital. The purpose of this research is to know relationship between nurse's knowledge and implementation of early warning system (EWS) in patients in emergency room and intensive care unit (ICU) at siloam hospital kupang. This is a quantitative research with correlational research type with cross-sectional approach. The sampling method used was a total sampling technique, amounting to 32 people. The instruments used were questionnaires and direct observation. The test used was the chi-square statistical test, $p \text{ value} = 0.002$. This shows that $p (0.002) < \alpha (0.005)$ so that H_0 is rejected and it can be stated that there is a significant relationship between the knowledge variable and the Early Warning Score (EWS) implementation variable in patients in the Emergency room and the Intensive Care Unit (ICU) room of RSU. Siloam Kupang. Good knowledge will tend to implement the Early Warning Score (EWS) properly and the services provided are more optimal.

Key Words: Knowledge, Nurse, Early Warning System (EWS)

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas limpahan rahmat dan bimbingan-NYA, sehingga peneliti mampu menyelesaikan skripsi yang berjudul “Hubungan Pengetahuan Perawat Dengan Pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS) Pada Pasien Ruangan *Emergency* dan *Intensive Care Unit* (ICU) RS Siloam Kupang” dengan baik.

Skripsi ini dapat diselesaikan atas bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menghaturkan limpah terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. Frans Salesman, SE.,M.Kes selaku Rektor Universitas Citra Bangsa yang telah memberikan kesempatan pada penulis untuk menyusun skripsi
2. B. Antonelda M.Wawo, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.J Selaku Ketua Program Studi Ners Universitas Citra Bangsa beserta staf yang memberikan izin untuk melakukan penelitian
3. Ns Appolonaris T Berkanis, S.Kep., MH.Kes selaku Pembimbing I yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan dalam penyusunan skripsi ini
4. Ns.Analizza Ina Lea,S.Kep.,M.Ng (AC) selaku Pembimbing II yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan dalam penyusunan skripsi ni
5. Seluruh staf dosen dan karyawan Program Studi Ners Universitas Citra Bangsa yang telah memberikan pengetahuan, bantuan dan bimbingan kepada penulis selama mengikuti pendidikan
6. Istri saya Mercy Metkono, Anak Surya Boimau, Anak Angel Boimau Terimakasih orang-orang tercintaku. Terimakasih untuk kesempatan belajar selama ini, terimakasih untuk setiap doa, terimakasih setiap air mata.
7. Ayah, Ibu, Natu Endang, Boi Ardhy, Natu Sera yang selalu memberikan doa dan dukungan baik material maupun non material dalam penyelesaian proposal penelitian ini

8. Teman-teman Program Studi Ners Alih jenjang angkatan ke VI yang telah membantu dalam menyelesaikan proposal penelitian ini
9. Responden penelitian yang berada diruangan *Emergency* dan *Intensive Care Unit* (ICU) RS Siloam Kupang terimakasih atas kesediannya sehinga saya dapat menyelesaikan penelitian ini.
10. Semua pihak yang telah membantu dan memberikan motivasi dalam menyelesaikan prposal penelitian ini

Akhir kata, dengan segala keterbatasan yang ada, peneliti berharap bisa memberikan sesuatu yang bermanfaat bagi para pembaca walaupun peneliti menyadari bahwa tidak ada segala sesuatu di dunia ini yang sempurna selain Sang Pencipta sendiri. Oleh karena itu usul dan saran yang membangun selalu diharapkan.

Kupang, Maret 2021

Peneliti

DAFTAR ISI

	Halaman
SAMPUL DEPAN	i
SAMPUL DALAM.....	ii
PENGESAHAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN SKRIPSI	iv
PENETAPAN PANITIA PENGUJI.....	v
SURAT PERNYATAAN PLAGIARISME	vi
MOTTO	vii
ABSTRAK	viii
<i>ABSTRACT</i>.....	ix
KATA PENGANTAR.....	x
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
2.1 Rumusan Masalah	4
3.1 Tujuan Penelitian.....	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	4
1.5 Keaslian penelitian	5
BAB 2 PENDAHULUAN	6
2.1 Konsep Perawat.....	6
2.1.1 Pengertian	6
2.1.2 Peran Perawat	6
2.1.3 Fungsi Perawat.....	7

2.1.4 Tugas dan Tanggung Jawab Perawat.....	8
2.2 Konsep Pengetahuan	9
2.2.1 Definisi.....	9
2.2.2 Proses pengetahuan.....	10
2.2.3 Cara memperoleh pengetahuan.....	10
2.2.4 Tingkat pengetahuan.....	12
2.2.5 Proses Perilaku Tahu	14
2.2.6 Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan	14
2.2.7 Sumber pengetahuan.....	15
2.2.8 Pengukuran pengetahuan	16
2.3 Konsep EWS	16
2.3.1 Definisi <i>Early Warning Score</i>	16
2.3.2 Tujuan	17
2.3.3 Tujuh Parameter Early Warning Score	17
2.3.4 Penerapan EWS	21
2.3.5 Algoritma <i>Early Warning Score</i> (EWS).....	22
2.4 Konsep IGD.....	24
2.4.1 Pengertian IGD	24
2.4.2 Prinsip Pelayanan di IGD	25
2.5 Konsep <i>Intensif Care Unit</i> (ICU).....	25
2.5.1 Pengertian	26
2.5.2 Pembagian ICU berdasarkan kelengkapan	25
2.5.3 Sistem pelayanan ruang ICU	27
2.5.4 Perawat ICU.....	30
2.6 Kerangka teori penelitian	32
2.7 Kerang konseptual.....	33
2.8 Hipotesis Penelitian.....	34
BAB 3 METODE PENELITIAN	35
1.1 Jenis Dan Desain Penelitian	35
3.2 Definisi Operasional.....	36

3.3	Populasi, Sampel dan Sampling	39
3.3.1	Populasi.....	39
3.3.2	Sampel	39
3.3.3	Sampling	39
3.4	Waktu dan Tempat Penelitian	40
3.5	Pengumpulan Data	40
3.5.1	Proses Pengumpulan Data	40
3.5.2	Instrumen Pengumpulan Data.....	41
3.5.3	Uji Validitas dan Reliabilitas	41
3.6	Analisa Data	41
3.7	Kerangka Kerja.....	45
3.8	Etika Penelitian	46
3.8.1	<i>Respect For Human Dignity</i> (menghargai harkat dan martabat)	46
3.8.2	<i>Beneficience</i> (berbuat baik)	46
3.8.3	<i>Non maleficience</i> (tidak merugikan)	46
3.8.4	<i>Justice</i> (keadilan)	46
BAB 4 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN		49
4.1	Hasil Penelitian	49
4.1.1	Karakteristik Lokasi Penelitian	49
4.1.2	Data Umum	50
4.1.3	Data Khusus	53
4.1	Pembahasan	55
BAB 5 PENUTUP		61
5.1	Simpulan.....	61
5.2	Saran.....	61
DAFTAR PUSTAKA		63
LAMPIRAN		66

DAFTAR TABEL

Nomor	Judul	Halaman
Tabel 1.1	Keaslian Penelitian.....	5
Tabel 2.1	Tabel Parameter EWS.....	21
Tabel 3.1	Definisi Operasional	37
Tabel 4.1	Distribusi Frekuensi Karakteristik Berdasarkan Usia.....	50
Tabel 4.2	Distribusi Frekuensi Karakteristik Berdasarkan Ruangan	51
Tabel 4.3	Distribusi Frekuensi Karakteristik Berdasarkan Pendidikan	51
Tabel 4.4	Distribusi Frekuensi Karakteristik Berdasarkan lama kerja	52
Tabel 4.5	Distribusi Frekuensi Karakteristik Berdasarkan jenis kelamin	52
Tabel 4.6	Distribusi Frekuensi Karakteristik Berdasarkan pelatihan	52
Tabel 4.7	Tingkat Pengetahuan Perawat Tentang EWS	53
Tabel 4.8	Pelaksanaa EWS di ruangan Emeregncy dan ICU	53
Tabel 4.9	Hubungan Pengetahuan Dengan Pelaksanaan EWS	54

DAFTAR GAMBAR

Nomor	Judul	Halaman
Gambar 2.1	Kerangka Teori Penelitian	32
Gambar 2.2	Kerangka Konseptual	33
Gambar 3.1	Kerangka Kerja	45

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor	Judul	Halaman
Lampiran 1.	Surat Ijin Pengambilan Data Pra Penelitian	66
Lampiran 2.	Surat Ijin Pengambilan Data Penelitian.....	67
Lampiran 3.	Lembar Permohonan Menjadi Responden	68
Lampiran 4.	Lembar Persetujuan Menjadi Responden	69
Lampiran 5.	Kuesioner	70
Lampiran 6.	Lembar Observasi Pelaksanaan EWS	75
Lampiran 7.	Hasil Tabulasi	77
Lampiran 8.	Lembar Konsultasi	83
Lampiran 9.	Daftar Riwayat Pendidikan	85

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Dalam mendeteksi penurunan kondisi fisiologis pasien, perawat perlu mengkaji tanda-tanda vital dan respon klinis dengan cepat. Salah satu system yang digunakan untuk mendeteksi dini perburukan kondisi pasien adalah *Early Warning Score* (EWS) (*Q-pulse*, 2011). Dalam mengukur *Early Warning Score* (EWS) parameter fisiologis yang digunakan adalah tingkat kesadaran, tekanan darah sistol, denyut nadi, frekuensi pernapasan, nadi, urin output, suhu, saturasi oksigen. Setiap parameter memiliki nilai atas 3 dan poin yang paling rendah adalah 0. *Early Warning Score* (EWS) memiliki 3 kategori yaitu kategori rendah, sedang dan tinggi. Penerapan *Early Warning Score* (EWS) sangat penting untuk dilakukan karena bermanfaat pada pemantauan atau deteksi dini sebelum pasien mengalami penurunan kondisi. *Early Warning Score* (EWS) juga sangat penting dalam melakukan praktek keperawatan karena dapat memberikan laporan yang secepat mungkin agar bisa menurunkan angka kesakitan dan kematian.

Perawat sebagai lini terdepan yang selama 24 jam selalu bersama pasien, pengetahuan perawat tentang *Early Warning Score* (EWS) berguna dalam mendeteksi atau mengenali perubahan kondisi pasien yang memburuk, serta mampu melakukan tindakan keperawatan yang tepat. Keberhasilan pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS) dapat menurunkan angka kejadian henti jantung dipengaruhi oleh implementasi yang baik oleh perawat sesuai dengan pedoman yang ditetapkan (Subhan, Giwangkencana, Prihartono, & Tavianto, 2019). Rumah Sakit Umum Siloam Kupang telah menerapkan *Early Warning Score* (EWS) sejak tahun 2015 dan sudah dijalankan pada semua ruangan baik Ruangan Rawat Inap, dan Ruangan Perawatan Intensif.

Hinggis (2008) dikutip dalam *National Patient Safety Agency's* (NPSA) terdapat 64 kasus kematian dikarenakan perawat kurang mengenali perburukan kondisi fisiologis, dan terdapat 14 kasus kematian terjadi karena perawat tidak

melakukan observasi pada perubahan pasien sebelum terjadi kematian, 30 kematian terjadi karena perawat hanya mencatat tanda-tanda vital saja. Namun perawat tidak mengenali perburukan kondisi pasien dan tidak melakukan tindakan apapun. Salah satu penelitian dari Liswati (2015) mengenai gambaran tingkat pengetahuan perawat tentang *Early Warning Score* (EWS) di Rumah Sakit Cinta Kasih dengan total responden 58 perawat mendapat hasil, berpengetahuan baik sebanyak 23 perawat (39,7%) dan berpengetahuan cukup sebanyak 35 perawat (60,3%). Survey awal Penelitian tentang pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS) dilakukan oleh Mega Rima Rambli (2018) pada salah satu Rumah Sakit Swasta di Indonesia bagian tengah dengan total populasi perawat sebanyak 38 orang dengan sample berjumlah 36 responden, hasil penelitian ditemukan pelaksanaan monitoring perawat berdasarkan *Early Warning Score* (EWS) tidak dilaksanakan 100% berdasarkan algoritma *Early Warning Score* (EWS). Hasil observasi di Ruangan *Emergency* dan Ruangan *Intensive Care Unit* (ICU) RSU Siloam Kupang pada tanggal 21 Juni 2020 ditemukan masih adanya lembar pengkajian *Early Warning Score* (EWS) pada pasien yang dirawat kurang lengkap, pendokumentasian *Early Warning Score* (EWS) pada lembar observasi atau *integrated noted* belum dilakukan 100%.

Salah satu strategi untuk deteksi dini kegawatan pasien adalah dengan penerapan *Early Warning Score* (EWS). *Early Warning Score* (EWS) adalah sebuah sistem peringatan dini yang menggunakan penanda berupa skor untuk menilai pemburukan kondisi pasien dan dapat meningkatkan pengelolaan perawatan penyakit secara menyeluruh. Skor peringatan dini *Early Warning Score* (EWS) yang direkomendasikan sebagai bagian dari pengkajian awal dan respon terhadap kerusakan organ pasien. *Early Warning Score* (EWS) dapat mengidentifikasi keadaan pasien yang beresiko lebih awal dan menggunakan multi parameter. Para ahli mengatakan bahwa, sistem ini dapat menghasilkan manfaat lebih bagi pasien dan rumah sakit dengan mengidentifikasi penurunan kondisi pasien (Patterson, 2011).

Melalui penerapan system *Early Warning Score* (EWS) perawat dapat menilai kondisi pasien, mendeteksi dini penurunan pasien selama berada dirumah sakit serta dimulainya respon klinik yang kompeten dengan tepat waktu. Dalam melihat penurunan pasien, dibutuhkan perawat yang memiliki pengetahuan dalam menganalisa kondisi pasien. Menurut *Internasional Council Of Nursing* (ICN) Dikutip dalam Nursalam (2012). Perawat perlu memiliki pengetahuan sebagai syarat untuk melakukan tindakan keperawatan secara aman. Perawat perlu memiliki pengetahuan dalam menganalisa kondisi pasien menggunakan parameter *Early Warning Score* (EWS). Menurut Dorothe (2011) pelayanan yang cepat dan pengobatan yang efektif merupakan awal meningkatkan kelangsungan hidup pasien. Pasien sakit kritis harus diidentifikasi dengan cek dan catat tanda-tanda vital, lakukan scoring dengan *Early Warning Score* (EWS), jumlahkan semua skor dan catat kategori *Early Warning Score* (EWS) dan lakukan tatalaksana sesuai algoritme.

Kurangnya pengetahuan perawat dalam melihat kondisi pasien menyebabkan pasien mengalami penurunan keadaan klinis dan jika dibiarkan tanpa penanganan dan pengawasan yang baik hal ini membahayakan kehidupan pasien, nilai output dari perawat dinilai kurang baik dan berdampak pada sistem pelayanan rumah sakit. Deteksi dini, ketepatan waktu dan kompetensi dalam merespon klinis merupakan triad faktor penentu dari *clinical outcomes* yang baik dalam pelayanan gawat darurat (Royal, 2012).

Sebagian besar pasien yang datang kerumah sakit dengan keluhan tidak nyaman, merasa sakit atau datang dengan keadaan yang menurun membutuhkan respon deteksi respon yang cepat. Dengan adanya *Early Warning Score* (EWS) Perawat sangat terbantu dalam memberikan pelayanan profesional kepada pasien yang dapat dilihat dari tanda-tanda vital dan keadaan klinis lainnya.

Berdasarkan data diatas peneliti tertarik untuk meneliti tentang “Hubungan Pengetahuan Perawat Dengan Pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS) Pada Pasien di ruangan *Emergency* dan ruangan *Intensive Care Unit* (ICU) RSU Siloam Kupang”.

1.2. Rumusan Masalah

Adakah hubungan pengetahuan perawat dengan pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS) pada Pasien di ruangan *Emergency* dan ruangan *Intensive Care Unit* (ICU) RSUD Siloam Kupang?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan umum

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui Hubungan Pengetahuan Perawat Dengan Pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS) Pada Pasien di ruangan *Emergency* dan ruangan *Intensive Care Unit* (ICU) RSUD Siloam Kupang.

1.3.2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi pengetahuan perawat terhadap pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS) pada pasien di ruangan *Emergency* dan ruangan *Intensive Care Unit* (ICU) RSUD Siloam Kupang
- b. Mengidentifikasi pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS) di ruangan *Emergency* dan ruangan *Intensive Care Unit* (ICU) RSUD Siloam Kupang
- c. Menganalisa hubungan antara tingkat pengetahuan dan pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS) di ruangan *Emergency* dan ruangan *Intensive Care Unit* (ICU) RSUD Siloam Kupang

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat Bagi Rumah Sakit

Sebagai informasi terkait pengetahuan perawat dalam pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS) pada pasien di ruangan *Emergency* dan ruangan *Intensive Care Unit* (ICU) sehingga menjadi bahan evaluasi dalam menerapkan kebijakan yang ada didalam rumah sakit untuk pencapaian mutu pelayanan yang terbaik dalam mencegah perburukan pada kondisi pasien dengan mengetahui pengetahuan perawat tentang pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS)

1.4.2. Manfaat Bagi Program Studi Ners

Menjadi suatu referensi bagi yang akan mengembangkan kembali penelitian ini guna mendidik pengetahuan calon perawat dalam memahami pentingnya *Early Warning Score* (EWS) untuk menentukan kondisi pasien secara dini

1.4.3. Manfaat Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengalaman bagi penulis dalam meneliti secara langsung di lapangan

1.5. Keaslian Penelitian

No	Judul Dan Tahun Penelitian	Jenis Dan Desain Penelitian	Sampel Dan Populasi	Variabel	Hasil
1	Gambaran pengetahuan perawat tentang EWS di ruangan rawat inap RIC RSUP Haji Adam Malik Medan Tahun 2019 oleh Yaaman Zega	Penelitian deskriptif korelatoi nal dengan pendekat an cross-sectional	Sampel : total sampling perawat yang berada diruangan rawat inap (25 orang perawat) Populasi : perawat yang berada diruangan rawat inap RIC RSUP Haji Adam Malik Medan dengan jumlah 32 orang	Variebel Dependen dalam penelitian ini adalah pengetahuan perawat dalam EWS	Penilaian perawat dalam penilaian EWS mayoritas baik sebanyak 96%, pengetahuan kurang 1%

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Perawat

2.1.1. Pengertian

Perawat adalah orang yang telah lulus pendidikan keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri, sesuai ketentuan perundang undangan yang berlaku (Undang-undang no 38 tahun 2014).

Menurut Wardah, Febrina, Dewi (2017) berpendapat bahwa perawat adalah tenaga yang bekerja secara professional memiliki kemampuan, kewenangan dan bertanggung jawab dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

2.1.2. Peran Perawat

Peran perawat dapat diartikan sebagai tingkah laku dan gerak gerik seseorang yang diharap oleh orang lain sesuai dengan kedudukan dalam system, tingkah laku dan gerak gerik tersebut dapat dipengaruhi oleh keadaan sosial di dalam maupun di luar profesi perawat yang bersifat konstan (Potter & Perry, 2010).

- a. Pemberi perawatan, perawat membantu klien untuk memenuhi kebutuhan dasarnya dan mendapatkan kesehatannya kembali melalui proses penyembuhan dengan pemberian asuhan keperawatan
- b. Pembuat keputusan klinis, perawat membuat keputusan sebelum mengambil tindakan keperawatan dan menyusun rencana tindakan yang berhubungan dengan pengkajian, pemberian perawatan, evaluasi hasil, dengan menggunakan pendekatan terbaik bagi pasien. Pembuatan keputusan dapat dilakukan secara mandiri, ataupun kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain dan keluarga klien.
- c. Pelindung dan advokat klien, perawat bertugas mempertahankan lingkungan yang aman, mencegah terjadinya kecelakaan dan hal yang merugikan bagi klien. Sebagai advokat, perawat membantu klien

mengutarakan hak-haknya, melindungi hak-hak klien sebagai manusia dan secara hukum.

- d. Manajer kasus, perawat berperan mengkoordinasi aktivitas anggota tim, mengatur waktu kerja serta sumber yang tersedia di lingkungan kerjanya.
- e. Rehabilitator, perawat dengan segenap kemampuan membantu klien kembali meningkatkan fungsi maksimal dirinya setelah mengalami kecelakaan, sakit ataupun peristiwa lain yang menyebabkan klien kehilangan kemampuan dan menyebabkan ketidakberdayaan.
- f. Pemberi kenyamanan, kenyamanan serta dukungan emosional yang diberikan perawat selama melaksanakan asuhan keperawatan secara utuh kepada klien, dapat memberikan pengaruh positif berupa kekuatan untuk mencapai kesembuhan klien.
- g. Komunikator, perawat bertugas sebagai komunikator yang menghubungkan klien dan keluarga, antar perawat maupun tenaga kesehatan lainnya. Faktor terpenting dalam memenuhi kebutuhan klien, keluarga dan komunitas adalah kualitas komunikasi.
- h. Penyuluh, dalam hal ini perawat menjelaskan kepada klien tentang pentingnya kesehatan, memberi contoh prosedur perawatan dasar yang dapat digunakan klien untuk meningkatkan derajat kesehatannya, melakukan penilaian secara mandiri apakah klien memahami penjelasan yang diberikan dan melakukan evaluasi untuk melihat kemajuan dalam pembelajaran klien.
- i. Peran karier, perawat berkarier dan mendapatkan jabatan tertentu, hal ini memberikan perawat kesempatan kerja lebih banyak baik sebagai seorang perawat pendidik, perawat pelaksana tingkat lanjut, dan tim perawatan kesehatan.

2.1.3. Fungsi Perawat

Fungsi perawat merupakan pekerjaan atau kegiatan yang dilakukan perawat sesuai dengan perannya dan dapat berubah mengikuti keadaan yang ada (Hidayat, 2019). Tindakan perawat yang bersifat mandiri tanpa instruksi

dokter dan dilakukan berdasarkan pada ilmu keperawatan termasuk dalam fungsi independen, dalam hal ini perawat bertanggung jawab terhadap tindakan dan akibat yang timbul pada klien yang menjadi tugas perawatannya, sedangkan tindakan perawat yang dilaksanakan dibawah pengawasan dan atas instruksi dokter, yang seharusnya tindakan tersebut dilakukan dan menjadi wewenang dokter termasuk dalam fungsi dependen (Hidayat, 2019). Menurut Kusnanto (2014), selain fungsi dependen dan independen, perawat memiliki fungsi interdependen yaitu perawat melakukan aktifitas yang dilaksanakan dan berhubungan dengan pihak lain atau tenaga kesehatan lainnya.

2.1.4. Tugas dan Tanggung Jawab Perawat

- a. *Since interest*, yaitu perawat menyampaikan rasa hormat dan perhatian pada klien.
- b. *Explanation about the delay*, yaitu perawat bersedia memberikan penjelasan dengan ramah kepada kliennya apabila perawat terpaksa menunda pelayanan.
- c. Perawat memperlihatkan kepada klien sikap menghargai (*respect*) yang tercermin melalui perilaku perawat. Misalnya tersenyum, mengucapkan salam, bersalaman, membungkuk, dan sebagainya.
- d. *Subject the patients desires*, perawat saat melakukan komunikasi kepada klien, harus berorientasi pada perasaan klien bukan pada keinginan atau kepentingan perawat.
- e. *Derogatory*, perawat tidak membicarakan klien lain dihadapan pasien dengan maksud menghina.
- f. *See the patient point of view*, perawat mencoba memahami klien dari sudut pandang klien serta menerima sikap kritis klien.
- g. Tanggung jawab perawat bersumber dari kebutuhan individu terhadap perawatan (Nila, 2011). Sedangkan menurut Kusnanto (2014), tanggung jawab perawat kepada klien mencakup aspek biologi, psikologi, sosial, kultural, dan spiritual dalam memenuhi kebutuhan dasar klien, dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi;

- h. Membantu klien memperoleh kembali kesehatannya.
- i. Membantu klien yang sehat untuk memelihara kesehatannya.
- j. Membantu klien yang tidak dapat disembuhkan untuk menerima kondisinya.
- k. Membantu klien yang menghadapi ajal untuk diperlakukan secara manusiawi sesuai martabatnya sampai meninggal dengan tenang.

2.2. Konsep Pengetahuan

2.2.1 Denisi

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil “tahu” seseorang terhadap objek melalui indera yang dimiliki (mata, hidung, telinga dan sebagainya). Dengan sendirinya pada waktu penginderaan manusia dapat menghasilkan pengetahuan tersebut yang sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian persepsi dan persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoadmojo, 2014).

Pengetahuan itu sendiri dipengaruhi oleh faktor pendidikan formal. Pengetahuan ini sangat erat kaitannya dengan pendidikan, dimana diharapkan bahwa dengan pendidikan yang tinggi maka orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuannya. Akan tetapi perlu ditekankan, bukan berarti seseorang yang berpendidikan rendah mutlak berpengaruh rendah pula. Hal ini mengingatkan bahwa peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh dari pendidikan formal saja, akan tetapi dapat diperoleh melalui pendidikan non formal (Notoadmojo, 2014).

2.2.2 Proses pengetahuan

Pengalaman dan penelitian terbukti bahwa yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Sebelum mengadopsi perilaku baru didalam diri orang tersebut terjadi proses berurutan yaitu awareness (kesadaran), dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (objek) terlebih dahulu (Notoadmojo, 2014).

Interest (merasa tertarik) yaitu dimana individu mulai menaruh perhatian dan tertarik pada stimulus. *Evaluation* (menimbang – nimbang) yang berarti individu akan mempertimbangkan baik buruknya tindakan terhadap stimulus tersebut bagi dirinya, hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi. *Trial*, dimana individu mulai mencoba perilaku baru. *Adoption*, subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus (Notoadmojo, 2014).

2.2.3 Cara memperoleh pengetahuan

Menurut Lestari (2015) cara memperoleh pengetahuan adalah sebagai berikut:

a. Konvensional / tradisional atau disebut dengan cara non ilmiah

Cara konvensional / tradisional ini digunakan orang pada saat sebelum ditemukannya suatu metode ilmiah atau metode penemuan ilmu pengetahuan secara sistemik dengan berdasarkan ilmu logika. Penemuan pengetahuan secara konvensional / tradisional ini meliputi berbagai hal, yakni:

1) Pengalaman Pribadi (*Auto Experience*)

Berbagai pengalaman seseorang tentang sesuatu hal, akan menjadi sangat berguna bagi orang lain. Seseorang yang menderita demam lalu meminum perasan daun pepaya dan sembuh. Dilain pihak seseorang yang menderita sakit panas / gejala typus, sembuh dengan meminum jamu yang dicampur dengan cacing tanah. Pengalaman ini dapat menjadi suatu ilmiah manakala seseorang menghadapi masalah yang sama dan menggunakan pengalaman orang lain. Semua pengalaman pribadi tersebut, tentu dapat merupakan sumber kebenaran pengetahuan. Namun tidak semua pengalaman pribadi dapat menentukan seseorang untuk menarik kesimpulan dengan benar (Notoadmojo, 2014).

2) Secara Kebetulan

Cara ini digunakan sebelum ditemukannya cara dan metode untuk menggali pengetahuan secara sistemik dan berdasar logika. Namun, cara ini pula sampai sekarang tetap masih digunakan dalam memperoleh pengetahuan baru, khususnya pada aspek tertentu. Seseorang yang telah lama mengidap malaria yang ditularkan oleh seekor nyamuk, telah berulang kali berobat dan meminum jamu, namun tak kunjung sembuh. Kemudian ia melakukan perjalanan dan menembus hutan, rasa hausnya tiba – tiba datang tak berfikir panjang ia meminum selokan yang kebetulan dilaluinya. Namun apa yang terjadi, sesampai di rumah ia tidak merasakan penyakit itu kembali. Kemudian ia kembali keselokan, ia menyusuri ternyata ada sebatang pohon yang tumbang dan terendam air selokan secara turun temurun. Pohon tersebut diketahui ternyata sebatang okon kina, yang sampai sekarang digunakan sebagai bahan baku untuk obat malaria (pil kina kinine).

3) Kekuasaan (*authority*)

Kehidupan manusia tidak terlepas dari tradisi-tradisi yang dilakukan juga aspek kesehatan, sering masyarakat bertanya pada tetua adat atau dukun barangkali, namun untuk sekedar konsultasi tentang penyakit yang diderita sipasien. Bisa saja karena kutukan sang dewa sehingga menjadi sakit dan dengan upacara tersebut bisa sembuh. Pada prinsipnya, pemegang otoritas baik itu pemerintah, tokoh agama, tokoh adat maupun ahli ilmu pengetahuan mengemukakan pendapat dan orang lain menerima pendapat tanpa berlebihan dahulu menguji kebenarannya, mereka menganggap apa yang disampaikan adalah suatu kebenaran (Imron dan Munif, 2010).

4) Cara Coba Salah (*Trial and Error*)

Cara coba-coba atau lebih dikenal dengan “*trial and error*”. Cara ini dipakai sebelum adanya peradaban. Cara coba-coba ini dilakukan

dengan menggunakan beberapa kemungkinan dalam memecahkan masalah, dan apabila kemungkinan tersebut tidak berhasil, dicoba kemungkinan yang lain. Apabila kemungkinan kedua ini gagal pula, maka coba lagi dengan kemungkinan ketiga dan seterusnya sampai masalah tersebut dipecahkan (Notoadmojo, 2014)

5) Melalui Logika / Pikiran (*To Mind*)

Semakin maju dengan berkembangnya peradaban dan kebudayaan manusia, maka cara berfikirnya pun mulai mengalami perubahan dan kemajuan. Manusia mampu menggunakan akal pikiran dan penalarannya guna menganalisa suatu kondisi sekitarnya. Demikian juga dengan penemuan diyakini sebagai suatu ilmu pengetahuan telah melalui proses pemikiran. Cara berfikir yang dilakukan dengan melahirkan pernyataan-pernyataan kemudian dicari hubungan sehingga ditarik suatu kesimpulan. Imron dan Munif (2010).

b. Melalui Jalur Ilmiah

Dengan cara yang lebih modern dilakukan untuk memperoleh suatu pengetahuan, ternyata akan lebih sistematis, logis dan ilmiah. Cara ini dikenal dengan metode penelitian ilmiah atau metologi penelitian (*research methodology*). Pengamatan secara langsung dilapangan atau sesuatu gejala atau fenomena alam/kemasyarakatan, untuk kemudian dibuat suatu klasifikasi, yang kemudian ditarik suatu kesimpulan. Pengambilan suatu kesimpulan diperoleh dengan cara melakukan observasi langsung, kemudian mencatat semua fakta dari objek yang diamati tersebut. Pencatatan tersebut mencakup hal-hal positif, hal-hal negative serta variasi gejala yang ditemui dilapangan (Notoadmojo, 2012)

2.2.4 Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Pengetahuan yang cukup, didalam domain kognitif ada 6 tingkatan, yaitu (Murwani, 2014).

a. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai pengingat materi yang sudah dipelajari sebelumnya (*recall*). Oleh sebab itu, tahu merupakan tingkatan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajarinya yaitu menyebutkan, menguraikan, mengidentifikasi dan sebagainya.

b. Memahami (*Comprehence*)

Memahami artinya suatu kemampuan untuk menjelaskan dan menginterpretasikan secara benar suatu objek. Orang yang telah paham terhadap suatu objek akan mampu menyimpulkan, menjelaskan, menyebutkan contoh dan sebagainya.

c. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan menggunakan materi yang sudah dipelajari pada situasi dan kondisi yang sebenarnya. Aplikasi dapat diartikan dalam kemampuan menggunakan rumus, hukum-hukum, metode, prinsip dan sebagainya.

d. Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah kemampuan untuk menyatakan materi atau objek kedalam komponen-komponen tetapi masih dalam struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain.

e. Sintesis (*Syntesis*)

Sintesis adalah kemampuan menunjukkan pada suatu kemampuan untuk melaksanakan atau menghubungkan formulasi baru dari formulasi yang ada.

f. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria – kriteria yang telah ada (Lestari, 2015).

2.2.5 Proses Perilaku Tahu

Perilaku adalah semua kegiatan manusia baik yang dapat diamati langsung maupun tidak dapat diamati oleh pihak luar. Proses seseorang sebelum mengadopsi perilaku baru, yakni: (Murwani, 2014)

- a. Kesadaran (*Awarenes*), dimana orang tersebut mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (objek).
- b. Merasa tertarik (*Interes*), dimana individu mulai menarik perhatian terhadap stimulus.
- c. Menimbang (*Evaluation*), individu akan mempertimbangkan baik buruknya tindakan terhadap stimulus tersebut bagi dirinya.
- d. *Trial*, dimana individu mulai mencoba perilaku baru.
- e. *Adaption*, dan sikapnya terhadap stimulus.

2.2.6 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan

Menurut Lestari (2015) ada 2 faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah sebagai berikut:

a. Faktor internal

1) Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju cita-cita untuk mencapai kebahagiaan. Pendidikan dapat mempengaruhi seseorang, termasuk perilaku, sikap berperan dalam pembangunan.

2) Pekerjaan

Pekerjaan adalah keburukan yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupan.

3) Umur

Dari segi kepercayaan masyarakat, seseorang yang lebih dewasa dipercayai dari orang yang belum tinggi kedewasaannya. Semakin cukup umur, seseorang akan lebih matang untuk berfikir dan bekerja

4) Pengalaman kerja

Pengalaman merupakan sumber pengetahuan, hasil interaksi dengan lingkungan (kerja) yang dapat meningkatkan pengetahuan pada sesuatu.

b. Faktor eksternal

1) Lingkungan

Lingkungan merupakan seluruh kondisi yang ada disekitar manusia dan pengaruhnya yang dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku orang atau kelompok.

2) Sosial budaya

Sistem sosial budaya yang ada pada masyarakat dapat mempengaruhi sikap dalam menerima informasi.

3) Informasi

Meskipun seseorang memiliki pendidikan yang rendah tetapi jika ia mendapat informasi yang baik dari berbagai media maka hal itu akan meningkatkan pengetahuan.

2.2.7 Sumber pengetahuan

Menurut Lestari, (2015) berbagai upaya yang dapat dilakukan oleh manusia untuk memperoleh pengetahuan. Upaya-upaya serta cara tersebut yang digunakan dalam memperoleh pengetahuan yaitu:

- a. Orang yang memiliki otoritas, salah satu upaya seseorang mendapatkan pengetahuan yaitu dengan bertanya kepada orang yang memiliki otoritas atau yang dianggapnya lebih tahu. Pada zaman modern ini, orang yang ditempatkan memiliki otoritas, misalnya pengakuan dengan melalui gelar, termasuk juga dalam hal ini misalnya, hasil publikasi resmi mengenai kesaksian otoritas tersebut, seperti buku-buku atau publikasi resmi pengetahuan lainnya.
- b. Indera adalah peralatan pada diri manusia sebagai salah satu sumber internal pengetahuan. Dalam filsafat *science* modern menyatakan bahwa pengetahuan pada dasarnya adalah khayalan pengalaman-pengalaman kongkrit kita yang terbentuk karena persepsi indera, seperti persepsi

penglihatan, pendengaran, perabaan, penciuman, dan pencicipan dengan lidah.

- c. Akal, dalam kenyataan ada pengetahuan tertentu yang bias dibangun oleh manusia tanpa harus atau tidak biasa mempersepsikannya dengan indera terlebih dahulu. Pengetahuan adapat diketahui dengan pasti dan dengan sendirinya karena potensi akal.
- d. Intuisi, salah satu sumber pengetahuan yang mungkin adalah intuisi yang langsung tentang pengetahuan yang tidak merupakan hasil pemikiran yang sadar atau persepsi rasa yang langsung. Intuisi dapat berarti kesadaran tentang data-data yang langsung diserakan.

2.2.8 Pengukuran pengetahuan

Dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan isi materi yang akan diukur dari subjek penelitian kedalam pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat disesuaikan dengan tingkat domain atas tingkat. Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang berisi pertanyaan sesuai materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden yang sesuai dengan tingkat pengetahuan yang diukur. (Arikunto 2010)

Pengetahuan seseorang dapat diketahui dan interpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif, yakni:

- a. Baik :
Hasil persentase 76 – 100 %
- b. Cukup :
Hasil persentase 56 – 75 %
- c. Kurang :
Hasil persentase < 56 %

2.3. Konsep *Early Warning Score* (EWS)

2.3.1. Definisi

Early Warning Score (EWS) merupakan suatu sistem pendekatan dengan melakukan scoring berdasarkan parameter yang telah ditetapkan dan

diadopsi dari *royal collage of physicians*. *Early Warning Score* (EWS) merupakan suatu sistem permintaan bantuan untuk mengatasi masalah kesehatan pada pasien secara dini yang didasarkan pada penilaian terhadap perubahan keadaan pasien melalui pengamatan yang sistematis terhadap semua perubahan fisiologis pasien (Q-pulse, 2015). *Early Warning Score* (EWS) dilakukan berdasarkan pengamatan status fisiologis pasien bisa dilakukan oleh perawat, dokter ataupun tenaga terlatih lainnya. Parameter yang diukur dalam *Early Warning Score* (EWS) mencakup tingkat kesadaran, saturasi oksigen, urin output, respirasi, suhu, denyut nadi dan tekanan darah sistol. (Q-pulse, 2015). Parameter tersebut sudah dikonsultasikan dalam bentuk angka dimana makin tinggi nilainya maka makin abnormal keadaan pasien sehingga menjadi indikasi untuk dilakukan pertolongan sesegera mungkin.

2.3.2. Tujuan

Sebagai panduan penerapan langkah-langkah untuk mendeteksi secara cepat keadaan pasien sebelum mengalami kegawatdaruratan.

2.3.3. Tujuh Parameter *Early Warning Score* (EWS)

Early Warning Score (EWS) ini dilakukan dengan tujuan untuk menilai pasien dengan kondisi akut, mendeteksi sejak dini penurunan kondisi klinis pasien selama dalam perawatan di rumah sakit, dan dimulainya respon klinik yang tepat waktu secara kompoten (Q-pulse, 2015). Parameter yang diukur antara lain sebagai berikut :

a. Respirasi

Respirasi atau pernapasan merupakan usaha tubuh untuk memenuhi kebutuhan oksigen (O_2) untuk proses metabolisme dan mengeluarkan karbondioksida (CO_2) sebagai hasil metabolisme dengan perantara paru dan saluran napas bersama kardiovaskuler sehingga dihasilkan darah yang kaya O_2 (Syahrudin, 2012). Dengan kata lain respirasi merupakan proses pertukaran gas antara O_2 dan CO_2 untuk memenuhi kebutuhan tubuh. Paru-paru merupakan organ yang mengatur sistem pernapasan atau respirasi. Nilai normal parameter respirasi pada sistem *Early Warning Score* (EWS)

adalah 12-20 x/menit, nilai normal diberikan score 0, score 1 diberikan jika jumlah respirasi 9-11x/menit, score 2 diberi jika jumlah respirasi 21-24 x/menit dan skor 3 diberi jika respirasi ≤ 8 x/menit dan ≥ 25 x/menit.

b. Saturasi Oksigen

Saturasi oksigen merupakan ukuran seberapa banyak presentase hemoglobin yang berikatan dengan didalam arteri. Saturasi oksigen dapat diukur dengan menggunakan alat non invasif yaitu oksimetri yang dipasang pada ujung jari, ibu jari, hidung dan daun telinga, dan dahi. Oksimetri bisa mendeteksi hipoksemia sebelum tanda dan gejala klinis muncul (Berman dkk, 2019). Nilai normal parameter saturasi oksigen pada sistem *Early Warning Score* (EWS) adalah $\geq 96\%$. Nilai normal diberi skor 0, skor 1 diberi jika saturasi oksigen 94-95%, skor 2 diberikan jika saturasi oksigen 92-93% dan skor 3 akan diberi jika saturasi oksigen $\leq 91\%$.

c. Oksigen Tambahan

Urin merupakan hasil filtrasi ginjal. Sebagian dari hasil pemecahan yang terdapat dalam darah akan disaring oleh ginjal yang disertai sejumlah 96%, sisanya 4% terdiri ada urea (hasil buangan protein) dan garam-garam akan meninggalkan tubuh dalam bentuk urin. Sifat fisis urin adalah mempunyai jumlah ekskresi dalam 24 jam yang kurang lebih 1.500 ml tergantung pemasukan cairan dan faktor lainnya, selain itu juga mempunyai warna bening dan bila dibiarkan akan menjadi keruh. Warna kuning tergantung dari kepekatan, diet, obat-obatan dan sebagainya (Wirawan 2011). Jumlah ekskresi dalam sehari rata-rata adalah 0,5-1 ml/KgBB/jam, warnanya kuning bening, tanpa endapan, baunya khas, reaksinya sedikit asam. Terhadap lakmus dengan PH rata-rata 6 (Syaifudin, 2016)

Nilai normal parameter urin output pada sistem *Early Warning Score* (EWS) adalah skor 3 jika produksi urin ≤ 10 ml/jam, skor 2 jika produksi urin 11-19 ml/ja, nilai 1 jika produksi urin 20-24 ml/jam

d. Suhu

Suhu tubuh adalah perbedaan antara jumlah panas yang diproduksi oleh proses tubuh dan jumlah panas yang hilang ke lingkungan luar. Suhu tubuh didefinisikan sebagai salah satu tanda vital yang menggambarkan status kesehatan seseorang (Kukus et al, 2011). Sebagian panas yang diproduksi di dalam tubuh merupakan hasil oksidasi, maka sumber utama panas adalah jaringan yang paling aktif, yaitu hati, kelenjar sekresi, dan otot.

Istilah yang berhubungan erat dengan suhu tubuh adalah hipertermia dan hipotermia. Hipotermia merupakan suatu kondisi suhu tubuh dibawah nilai normal, sedangkan hipertermia adalah suatu keadaan suhu tubuh diatas nilai normal. Hipertermia atau pun hipotermia merupakan penanda yang sensitif untuk menunjukan kondisi akut dan adanya gangguan fisiologis (Firmansyah, H, 2014). Dalam sistem *Early Warning Score* (EWS), suhu tubuh pun menjadi salah satu parameter fisiologis yang dijadikan untuk mendeteksi masalah perburukan kondisi pasien. Nilai normal parameter suhu pada sistem *Early Warning Score* (EWS) adalah 36,1-38,0°C. nilai normal diberikan skor 0, skor 1 diberi jika suhu berkisar antara 35,1-36°C dan 38,1-39,0°C.

e. Tekanan Darah Sistol

Jantung merupakan organ yang berperan dalam sirkulasi darah dalam tubuh, dengan fungsinya yaitu memompa darah keseluruh tubuh. Ada dua tekanan yang diberikan yang diberikan jantung saat melakukan kerjanya. Yakni tekanan darah sistol dan diastol. Dengan nilai normalnya adalah 120/80 mmHg. Tekanan darah sistolik adalah tekanan darah pada saat terjadi kontraksi otot jantung. (miokardium12), sedangkan tekanan darah diastol adalah tekanan darah pada saat terjadi relaksasi otot jantung (Jane H, 2014). pada meter yang dipakai dalam sistem *Early Warning Score* (EWS) yang berhubungan dengan tekanan darah adalah tekanan darah sistol.

Nilai normal parameter tekanan darah sistol pada sistem *Early Warning Score* (EWS) adalah 100-179 mmHg. Nilai normal diberikan skor

0, skor 1 diberikan jika tekanan darah sistol 96-99mmHg dan 180-200 mmHg. Skor 2 diberi jika tekanan darah sistol 86-95 mmHg dan 201-219 mmHg. Skor 3 diberi tekanan darah sistol ≤ 85 mmHg, dan ≥ 220 mmHg.

f. Nadi

Tanda-tanda vital merupakan komponen yang dipakai untuk mengukur kondisi awal pasien dalam mendiagnosis dan menentukan perencanaan perawatan medis yang sesuai. Salah satu komponen dalam pengukuran tanda-tanda vital adalah nadi. Tekanan nadi adalah selisih antara tekanan sistol dan diastol yang mempengaruhi isi sekuncup dan kapasitas arteri. Denyut nadi adalah gelombang yang dapat dirasakan karena dipompa dalam arteri oleh kontraksi ventrikel kiri jantung yang diatur oleh sistem syaraf otonom. Nilai normal adalah 60-100 x/menit (Black, J & Jane H, 2014).

Nilai normal parameter nadi pada sistem *Early Warning Score* (EWS) adalah 60-100. Skor 1 jika jumlah nadi 41-50 x/menit dan 91-110. Skor 2 diberi jika jumlah nadi 111-130 x/menit. Skor 3 diberi jika jumlah nadi ≤ 40 x/menit dan ≥ 131 x/menit.

g. Tingkat kesadaran

Tingkat kesadaran yang dimaksudkan yang dimaksudkan didasarkan pada *Glasgow Coma Scale* (GCS). Ada 4 istilah dalam sistem syaraf Berhubungan dengan parameter tingkat kesadaran, yakni *alert*, *verbal*, *pain*, *unresponsive*. Menurut Rajabi Kheirabadi et al (2015). Tingkat kesadaran *Alert* didefinisikan sebagai suatu kondisi pasien benar-benar sadar meski tidak harus berorientasi. Pasien ini akan memiliki mata yang terbuka secara spontan, akan berespon terhadap rangsangan suaradan memiliki fungsi motorik tubuh yang baik terhadap perintah.

Nilai normal parameter tingkat kesadaran pada sistem *Early Warning Score* (EWS) dinilai berdasarkan ada tidaknya penurunan kesadaran yang dialami oleh pasien baik verbal, *pain* (rasa nyeri), dan *unresponsive* (tidak

respon). Skor 3 diberi jika adanya perubahan tingkat kesadaran baik *Iverbal, pain, unresponsivedan* skor 0 jika tingkat kesadaran pasien *Alert*.

Parameter fisiologis	3	2	1	0	1	2	3
Respirasi	≤ 8		9-11	12-20		21-24	≥ 25
Saturasi oksigen	≤ 91	92-93	94-95	≥ 96			
Urin Output	≤ 10 ml/jam	11-19 ml/jam	20-24 ml/jam	25 ml/jam (0,5-1 ml/KgBB/Jam)			
Suhu		$\leq 35,0$	35,1-36,0	36,1-38,0	38,1-39,0	$\geq 39,1$	
Tekanan darah sistolik	≤ 85	86-95	96-99	100-179	180-200	201-219	≥ 220
Nadi	≤ 40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥ 131
Tingkat kesadaran				A Alert			VPU

Gambar 2.1 Tabel Parameter *Early Warning Score* (EWS)

2.3.4. Penerapan EWS

Early Warning Score (EWS) dilakukan terhadap semua pasien pada asesmen awal dengan kondisi penyakit akut dan pemantauan secara berkala pada semua pasien yang mempunyai risiko tinggi berkembang menjadi sakit kritis selama berada di rumah sakit. Menurut Q-pulse RSU Siloam Kupang (2015), pasien-pasien tersebut adalah sebagai berikut:

1. Pasien yang keadaan umumnya dinilai tidak nyaman
2. Pasien yang datang ke unit gawat darurat
3. Pasien dengan keadaan hemodinamik tidak stabil
4. Pasien yang baru dipindahkan dari ruang rawat intensif ke ruang rawat inap
5. Pasien yang akan dipindahkan dari ruang rawat ke ruang rawat lainnya
6. Pasien pasca operasi dalam 24 jam pertama sesuai dengan ketentuan penatalaksanaan pasien pasca operasi
7. Pasien dengan penyakit kronis

8. Pasien yang perkembangan penyakitnya tidak menunjukkan perbaikan
9. Pemantauan rutin pada semua pasien, minimal 1 kali dalam satu shift dinas perawat
10. Pada pasien di *Dialysis* Unit dan rawat jalan lainnya yang akan dirawat inap untuk menentukan ruang perawatan
11. Pasien yang akan dipindahkan dari RSUS Kupang ke rumah sakit lainnya.

2.3.5. Algoritma *Early Warning Score* (EWS)

Menurut Q-pulse (2015), algoritma *Early Warning Score* (EWS) di Rumah Sakit Umum Siloam Kupang, adalah sebagai berikut:

- a. Bila nilai *Early Warning Score* (EWS) adalah 0
 - 1) Lanjutkan monitor *Early Warning Score* (EWS) rutin minimal 3 kali sehari atau 1 kali dalam tiap shift dinas perawat atau tiap 4 jam untuk pasien pasca perawatan intensive (Tekanan darah sistolik, nadi, pernapasan, saturasi oksigen, suhu, oksigen tambahan, dan tingkat kesadaran)
 - 2) Catat pada lembar observasi pasien
 - 3) Jika pada pengkajian ulang ditemukan skor lebih dari 0, ikuti petunjuk respon klinis skor rendah (hijau)
- b. Bila nilai *Early Warning Score* (EWS) adalah 1-4 (Skor rendah)
 - 1) Laporkan hasil EWS kepada dokter jaga/RMO (*Recident Medical Officer*)
 - 2) *Recident Medical Officer* (RMO) melakukan verifikasi dalam waktu lebih dari 1 jam sejak dilaporkan
 - 3) *Recident Medical Officer* (RMO) memutuskan apakah frekuensi monitoring perlu ditambah dan atau eskalasi ke Dokter Penanggungjawab (DPJP)
 - 4) Pemantauan dilanjutkan tiap 4 jam
 - 5) Catat pada lembar observasi dan formulir *integrated notes*
 - 6) Jika pada pengkajian ulang ditemukan skor lebih dari 1 setelah 4 jam observasi kembali ikuti petunjuk respon klinis skor 0

- 7) Sebaliknya, jika ditemukan skor lebih dari 4 setelah 2 jam observasi, maka lakukan pengkajian ulang (perawat/RMO), tingkatkan frekuensi observasi, dan ikuti petunjuk skor medium (kuning).
- c. Bila nilai *Early Warning Score* (EWS) adalah 5-6 atau 3 disembarang parameter (Skor medium)
- 1) Laporkan hasil *Early Warning Score* (EWS) kepada *Recident Medical Offiicer* (RMO) dan *Duty Manager* (DM)
 - 2) *Recident Medical Offiicer* (RMO) melakukan verifikasi segera dalam 30 menit sejak dilaporkan, melakukan pemeriksaan dan penanganan pasien
 - 3) Pemantauan dilanjutkan tiap 1 jam sampai kondisi pasien membaik (EWS lebih dari 5)
 - 4) Catat pada lembar observasi dan formulir *integrated note*
 - 5) Jika pada pengkajian ulang ditemukan skor lebih dari 5 setelah 4 jam observasi kembali ikuti petunjuk respon klinis skor rendah (hijau)
 - 6) Sebaliknya, jika ditemukan skor lebih dari 6 setelah 1 jam observasi, maka lakukan pengkajian ulang (perawat/RMO), tingkatkan frekuensi observasi tiap 30 menit, dan ikuti petunjuk skor tinggi (merah).
- d. Bila nilai *Early Warning Score* (EWS) 7 atau lebih (Skor tinggi)
- 1) Laporkan hasil *Early Warning Score* (EWS) kepada *Recident Medical Offiicer* (RMO) dan *Duty Manager* (DM)
 - 2) *Medical Offiicer* (RMO) melakukan pemeriksaan dan penanganan pasien dalam waktu kurang dari 15 menit sejak awal aktivitas *Early Warning Score* (EWS)
 - 3) *Recident Medical Offiicer* (RMO) melaporkan kepada doter penanggung jawab, jika dokter penanggung jawab sulit dihubungi sampai dengan 3 kali, menghubungi dokter spesialis lain pada bidang yang sama.
 - 4) *Recident Medical Offiicer* (RMO) memberikan informasi kepada keluarga mengenai kondisi pasien dan kemungkinan rawat di ruang intensif

- 5) Jika dalam waktu 30 menit sejak penanganan dan konsultasi dokter penanggung jawab terjadi perburukan pasien, maka *Resident Medical Officer* (RMO) mengkonsultasikan kepada *intensivist* dan rekomendasi untuk rawat di ruang intensif
- 6) Jika terjadi *cardiac arrest*, lakukan penanganan algoritma *code blue*
- 7) Jika respon pasien membaik dan skor kurang dari 7 setelah 4 jam observasi secara terus menerus, kembali ikuti petunjuk respon klinis medium (kuning)
- 8) Jika skor tetap lebih dari 7 maka dokter penanggung jawab, *intensivist*, dan keluarga setuju untuk dipindahkan dan rawat di ruang intensif

2.4. Konsep Instalasi Gawat Darurat

2.4.1. Pengertian

Instalasi Gawat Darurat (IGD) adalah unit pelayanan di Rumah Sakit yang memberi penanganan awal bagi pasien yang menderita sakit dan cedera, yang membutuhkan perawatan gawat darurat (*Queensland Helth ED*, 2012). IGD memiliki tujuan utama diantaranya adalah menerima, melakukan *triage*, menstabilisasi, dan memberikan pelayanan kesehatan akut untuk pasien, termasuk pasien yang membutuhkan resusitasi dan pasien dengan tingkat kegawatan tertentu (*Australasian Collage for Emergency Medicine*, 2014).

Beberapa tipe pasien khusus yang biasa ditemui di IGD yang membutuhkan pemeriksaan dan tindakan yang khusus, antara lain: pasien dengan *traumamajor*, pasien lansia, anak-anak dan remaja, pasien dengan gangguan jiwa, pasien dengan penyakit infeksius, dan pasien yang terpapar bahan kimia, biologi atau kontaminasi radiologi (*Australasian Collage for Emergency Medicine*, 2014).

Kementrian Kesehatan RI telah mengatur kebijakan mengenai standarisasi pelayanan di IGD rumah sakit dalam Kemenkes RI No. 856/Menkes/SK/IX/2009. Peraturan ini ditujukan untuk memperbaiki kualitas IGD di Indonesia. Harus ada komitmen dari pemerintah pusat maupun daerah untuk berpartisipasi dalam memberikan sosialisasi kepada masyarakat

bahwasannya penanganan kegawatdaruratan dan *life saving* tidak ditarik uang muka dan penanganan gawat darurat harus dilakukan kurang dari 5 menit setelah pasien sampai di IGD.

2.4.2. Prinsip Pelayanan di IGD

Prinsip umum pelayanan IGD Rumah Sakit dari Depkes (2010):

- a. Rumah sakit harus memiliki pelayanan *Emergency* yang memiliki kemampuan dan pengetahuan untuk melakukan pemeriksaan awal kasus-kasus *Emergency* dan resusitasi serta stabilisasi (*live saving*).
- b. Instalasi Gawat Darurat rumah sakit diwajibkan untuk memberikan pelayanan 24 jam dalam sehari selama satu minggu
- c. nama untuk instalasi atau unit gawat darurat di Rumah Sakit harus sama atau diseragamkan menjadi Instalasi Gawat Darurat.
- d. Rumah sakit tidak diperkenankan meminta uang pembayaran awal pada saat menangani kasus gawat darurat.
- e. Pasien gawat darurat wajib ditangani maksimal dalam waktu 5 menit setelah sampai di IGD.
- f. Organisasi IGD didasarkan pada organisasi fungsional, dimana terdapat unsur pimpinan dan unsur pelaksanaan.
- g. Semua Rumah sakit harus berusaha dalam penyesuaian pelayanan gawat darurat minimal sesuai dengan standar yang ada.

2.5. Konsep *Intensive Care Unit* (ICU)

2.5.1. Pengertian

ICU (*Intensive Care Unit*) adalah ruang rawat di rumah sakit yang dilengkapi dengan staf dan peralatan khusus untuk merawat dan mengobati pasien dengan perubahan fisiologi yang cepat memburuk yang mempunyai intensitas defek fisiologi satu organ ataupun mempengaruhi organ lainnya sehingga merupakan keadaan kritis yang dapat menyebabkan kematian. Tiap pasien kritis erat kaitannya dengan perawatan intensif oleh karena memerlukan pencatatan medis yang berkesinambungan dan monitoring serta dengan cepat

dapat dipantau perubahan fisiologis yang terjadi atau akibat dari penurunan fungsi organ-organ tubuh lainnya (Rab,2011).

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1778/MENKES/SK/XII/2010 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan *Intensive Care Unit* (ICU) di Rumah sakit, *Intensive Care Unit* (ICU) adalah suatu bagian dari rumah sakit yang mandiri (instalasi di bawah direktur pelayanan), dengan staf yang khusus dan perlengkapan yang khusus yang di tujukan untuk observasi, perawatan dan terapi pasien-pasien yang menderita penyakit,cedera atau penyulit-penyulit yang mengancam nyawa atau potensial mengancam nyawa dengan prognosis dubia.

2.5.2. Pembagian *Intensive Care Unit* (ICU) berdasarkan kelengkapan

Berdasarkan kelengkapan penyelenggaraan maka *Intensive Care Unit* (ICU) dapat dibagi atas tiga tingkatan. Yang pertama *Intensive Care Unit* (ICU) tingkat I yang terdapat di rumah sakit kecil yang dilengkapi dengan perawat, ruangan observasi, monitor, resusitasi dan ventilator jangka pendek yang tidak lebih dari 24 jam. *Intensive Care Unit* (ICU) ini sangat bergantung kepada *Intensive Care Unit* (ICU) yang lebih besar. Kedua, *Intensive Care Unit* (ICU) tingkat II yang terdapat pada rumah sakit umum yang lebih besar di mana dapat dilakukan ventilator yang lebih lama yang dilengkapi dengan dokter tetap, alat diagnosa yang lebih lengkap, laboratorium patologi dan fisioterapi. Yang ketiga, *Intensive Care Unit* (ICU) tingkat III yang merupakan *Intensive Care Unit* (ICU) yang terdapat di rumah sakit rujukan dimana terdapat alat yang lebih lengkap antara lain hemofiltrasi, monitor invasif termasuk kateterisasi dan monitor intrakranial. *Intensive Care Unit* (ICU) ini dilengkapi oleh dokter spesialis dan perawat yang lebih terlatih dan konsultan dengan berbagai latar belakang keahlian (Rab, 2011). Terdapat tiga kategori pasien yang termasuk pasien kritis yaitu: kategori pertama, pasien yang di rawat oleh karena penyakit kritis meliputi penyakit jantung koroner, respirasi akut, kegagalan ginjal, infeksi, koma non traumatik dan kegagalan multi organ. Kategori kedua, pasien yang di rawat yang memerlukan

propilaksi monitoring oleh karena perubahan patofisiologi yang cepat seperti koma. Kategori ketiga, pasien post operasi mayor.

Apapun kategori dan penyakit yang mendasarinya, tanda-tanda klinis penyakit kritis biasanya serupa karena tanda-tanda ini mencerminkan gangguan pada fungsi pernafasan, kardiovaskular, dan neurologi (Nolan *et al.* 2005). Tanda- tanda klinis ini umumnya adalah takipnea, takikardia, hipotensi, gangguan kesadaran (misalnya letargi, konfusi / bingung, agitasi atau penurunan tingkat kesadaran) (Jevons dan Ewens, 2019).

2.5.3. Sistem pelayanan ruang ICU

Penyelenggaraan pelayanan *Intensive Care Unit* (ICU) di rumah sakit harus berpedoman pada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1778/MENKES/SK/XII/2010 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan *Intensive Care Unit* (ICU) di rumah sakit. Pelayanan *Intensive Care Unit* (ICU) di rumah sakit meliputi beberapa hal, yang pertama etika kedokteran dimana etika

Pelayanan di ruang *Intensive Care Unit* (ICU) harus berdasarkan falsafah dasar "saya akan senantiasa mengutamakan kesehatan pasien, dan berorientasi untuk dapat secara optimal, memperbaiki kondisi kesehatan pasien. Kedua, indikasi yang benar dimana pasien yang di rawat di *Intensive Care Unit* (ICU) harus pasien yang memerlukan intervensi medis segera oleh tim *intensive care*, pasien yang memerlukan pengelolaan fungsi sistem organ tubuh secara terkoordinasi dan berkelanjutan sehingga dapat dilakukan pengawasan yang konstan dan metode terapi titrasi, dan pasien sakit kritis yang memerlukan pemantauan kontinyu dan tindakan segera untuk mencegah timbulnya dekompensasi fisiologis. Ketiga, kerjasama multidisipliner dalam masalah medis kompleks dimana dasar pengelolaan pasien *Intensive Care Unit* (ICU) adalah pendekatan multidisiplin tenaga kesehatan dari beberapa disiplin ilmu terkait yang memberikan kontribusinya sesuai dengan bidang keahliannya dan bekerja sama di dalam tim yang di pimpin oleh seorang dokter intensivis sebagai ketua tim. Keempat, kebutuhan pelayanan kesehatan

pasien dimana kebutuhan pasien *Intensive Care Unit* (ICU) adalah tindakan resusitasi yang meliputi dukungan hidup untuk fungsi-fungsi vital seperti *Airway* (fungsi jalan napas), *Breathing* (fungsi pernapasan), *Circulation* (fungsi sirkulasi), *Brain* (fungsi otak) dan fungsi organ lain, dilanjutkan dengan diagnosis dan terapi definitif. Kelima, peran koordinasi dan integrasi dalam kerja sama tim dimana setiap tim multidisiplin harus bekerja dengan melihat kondisi pasien misalnya sebelum masuk *Intensive Care Unit* (ICU), dokter yang merawat pasien melakukan evaluasi pasien sesuai bidangnya dan memberi pandangan atau usulan terapi kemudian kepala *Intensive Care Unit* (ICU) melakukan evaluasi menyeluruh, mengambil kesimpulan, memberi instruksi terapi dan tindakan secara tertulis dengan mempertimbangkan usulan anggota tim lainnya serta berkonsultasi dengan konsultan lain dan mempertimbangkan usulan-usulan anggota tim. Keenam, asas prioritas yang mengharuskan setiap pasien yang dimasukkan ke ruang *Intensive Care Unit* (ICU) harus dengan indikasi masuk ke ruang *Intensive Care Unit* (ICU) yang benar. Karena keterbatasan jumlah tempat tidur *Intensive Care Unit* (ICU), maka berlaku asas prioritas dan indikasi masuk. Ketujuh, sistem manajemen peningkatan mutu terpadu demi tercapainya koordinasi dan peningkatan mutu pelayanan di ruang *Intensive Care Unit* (ICU) yang memerlukan tim kendali mutu yang anggotanya terdiri dari beberapa disiplin ilmu, dengan tugas utamanya memberi masukan dan bekerja sama dengan staf struktural *Intensive Care Unit* (ICU) untuk selalu meningkatkan mutu pelayanan ICU. Kedelapan, kemitraan profesi dimana kegiatan pelayanan pasien di ruang *Intensive Care Unit* (ICU) di samping multi disiplin juga antar profesi seperti profesi medik, profesi perawat dan profesi lain. Agar dicapai hasil optimal maka perlu peningkatan mutu SDM (Sumber Daya Manusia) secara berkelanjutan, menyeluruh dan mencakup semua profesi. Kesembilan, efektifitas, keselamatan dan ekonomis dimana unit pelayanan di ruang *Intensive Care Unit* (ICU) mempunyai biaya dan teknologi yang tinggi, multi disiplin dan multi profesi, jadi harus berdasarkan asas efektifitas, keselamatan dan

ekonomis. Kesepuluh, kontinuitas pelayanan yang ditujukan untuk efektifitas, keselamatan dan ekonomisnya pelayanan *Intensive Care Unit* (ICU). Untuk itu perlu di kembangkan unit pelayanan tingkat tinggi (*High Care Unit=HCU*). Fungsi utama. HCU adalah menjadi unit perawatan antara dari bangsal rawat dan ruang *Intensive Care Unit* (ICU). Di HCU, tidak diperlukan peralatan canggih seperti ICU tetapi yang diperlukan adalah kewaspadaan dan pemantauan yang lebih tinggi.

Unit perawatan kritis atau unit perawatan intensif (ICU) merupakan unit rumah sakit di mana klien menerima perawatan medis intensif dan mendapat monitoring yang ketat. *Intensive Care Unit* (ICU) memiliki teknologi yang canggih seperti monitor jantung terkomputerisasi dan ventilator mekanis. Walaupun peralatan tersebut juga tersedia pada unit perawatan biasa, klien pada *Intensive Care Unit* (ICU) dimonitor dan dipertahankan dengan menggunakan peralatan lebih dari satu. Staf keperawatan dan medis pada ICU memiliki pengetahuan khusus tentang prinsip dan teknik perawatan kritis. *Intensive Care Unit* (ICU) merupakan tempat pelayanan medis yang paling mahal karena setiap perawat hanya melayani satu atau dua orang klien dalam satu waktu dan dikarenakan banyaknya terapi dan prosedur yang dibutuhkan seorang klien dalam *Intensive Care Unit* (ICU) (Potter & Perry, 2010).

Pada permulaannya perawatan di *Intensive Care Unit* (ICU) diperuntukkan untuk pasien post operatif. Akan tetapi setelah ditemukannya berbagai alat perekam (monitor) dan penggunaan ventilator untuk mengatasi pernafasan maka *Intensive Care Unit* (ICU) dilengkapi pula dengan monitor dan ventilator. Disamping itu dengan metoda dialisa pemisahan racun pada serum termasuk kadar ureum yang tinggi maka *Intensive Care Unit* (ICU) dilengkapi pula dengan hemodialisa.

Pada prinsipnya alat dalam perawatan intensif dapat di bagi atas dua yaitu alat-alat pemantau dan alat-alat pembantu termasuk alat ventilator, hemodialisa dan berbagai alat lainnya termasuk defebriator. Alat-alat monitor meliputi bedside dan monitor sentral, ECG, monitor tekanan intravaskuler dan

intrakranial, komputer cardiac output, oksimeter nadi, monitor faal paru, analiser karbondioksida, fungsi serebral/monitor EEG, monitor temperatur, analisa kimia darah, analisa gas dan elektrolit, radiologi (*X-ray viewers, portable X-ray machine, Image intensifier*), alat-alat respirasi (ventilator, humidifiers, terapi oksigen, alat intubasi (*airway control equipment*), resusitator otomatis, fiberoptik bronkoskop, dan mesin anastesi (Rab, 2011).

Peralatan unit kerja di *Intensive Care Unit* (ICU) yang begitu beragam dan kompleks serta ketergantungan pasien yang tinggi terhadap perawat dan dokter karena setiap perubahan yang terjadi pada pasien harus di analisa secara cermat untuk mendapat tindakan yang cepat dan tepat membuat adanya keterbatasan ruang gerak pelayanan dan kunjungan keluarga. Kunjungan keluarga biasanya dibatasi dalam hal waktu kunjungan (biasanya dua kali sehari), lama kunjungan (berbeda-beda pada setiap rumah sakit) dan jumlah pengunjung (biasanya dua orang secara bergantian).

Selain itu *Intensive Care Unit* (ICU) juga merupakan tempat yang sering memberikan respon kekhawatiran dan kecemasan pasien dan keluarga mereka karena kritisasi kondisi yang belum stabil. Diharapkan bahwa dengan memperhatikan kebutuhan baik pasien maupun keluarga, rumah sakit dapat menciptakan lingkungan yang saling percaya dan mendukung dimana keluarga sebagai bagian integral dari perawatan pasien dan pemulihan pasien secara utuh. (Kvale, 2011).

2.5.4. Perawat ICU

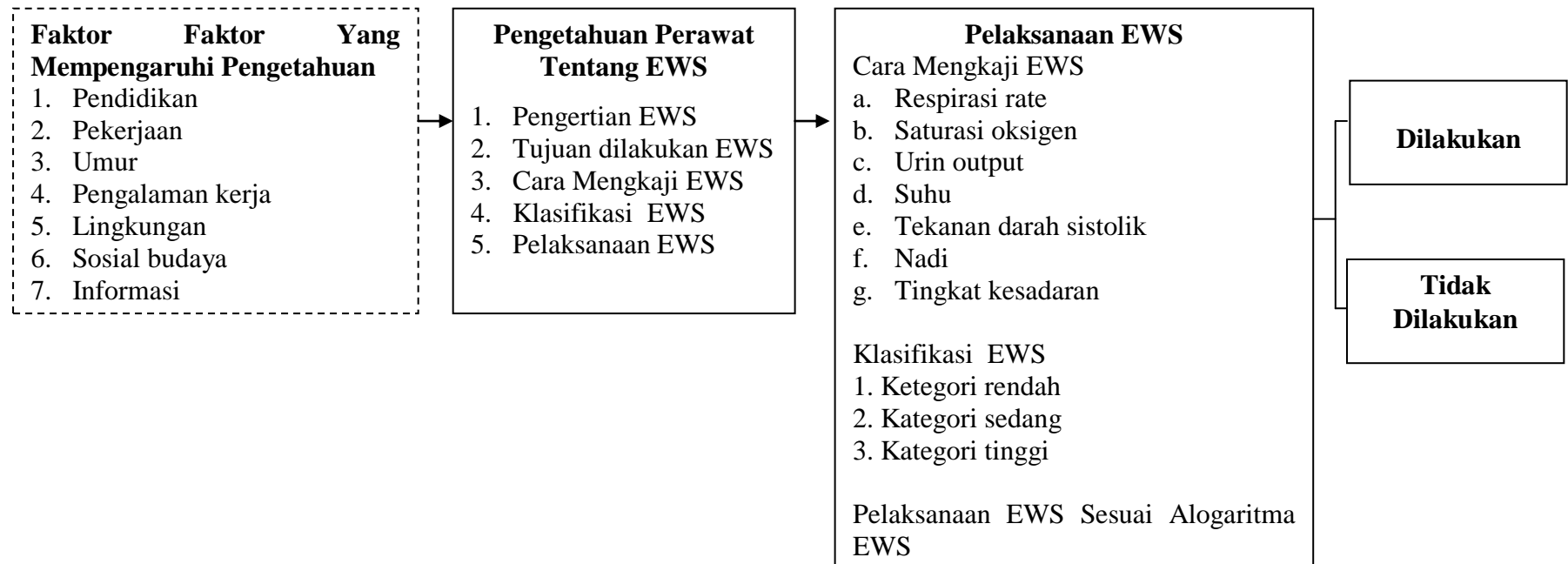
Seorang perawat yang bertugas di *Intensive Care Unit* (ICU) melaksanakan tiga tugas utama yaitu, *life support*, memonitor keadaan pasien dan perubahan keadaan akibat pengobatan dan mencegah komplikasi yang mungkin terjadi. Oleh karena itu diperlukan satu perawat untuk setiap pasien dengan pipa endotrakeal baik dengan menggunakan ventilator maupun yang tidak. Di Australia diklasifikasikan empat kriteria perawat *Intensive Care Unit* (ICU) yaitu, perawat *Intensive Care Unit* (ICU) yang telah mendapat pelatihan lebih dari duabelas bulan ditambah dengan pengalaman, perawat yang telah

mendapat latihan sampai duabelas bulan, perawat yang telah mendapat sertifikat pengobatan kritis (*critical care certificate*), dan perawat sebagai pelatih (*trainer*) (Rab, 2017).

Di Indonesia, ketenagaan perawat di ruang *Intensive Care Unit* (ICU) di atur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1778/MENKES/SK/XII/2010 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan *Intensive Care Unit* (ICU) di Rumah Sakit yaitu, untuk *Intensive Care Unit* (ICU) level I maka perawatnya adalah perawat terlatih yang bersertifikat bantuan hidup dasar dan bantuan lanjut, untuk *Intensive Care Unit* (ICU) level II diperlukan minimal 50% dari jumlah seluruh perawat di ICU merupakan perawat terlatih dan bersertifikat *Intensive Care Unit* (ICU), dan untuk *Intensive Care Unit* (ICU) level III diperlukan minimal 75% dari jumlah seluruh perawat di ICU merupakan perawat terlatih dan bersertifikat *Intensive Care Unit* (ICU)

2.6. Kerangka Teori Penelitian

Berdasarkan tinjauan pustakadan kerangka konsep diatas maka peneliti menggambarkan dalam bentuk kerangka teori yang akan diteliti sebagai berikut

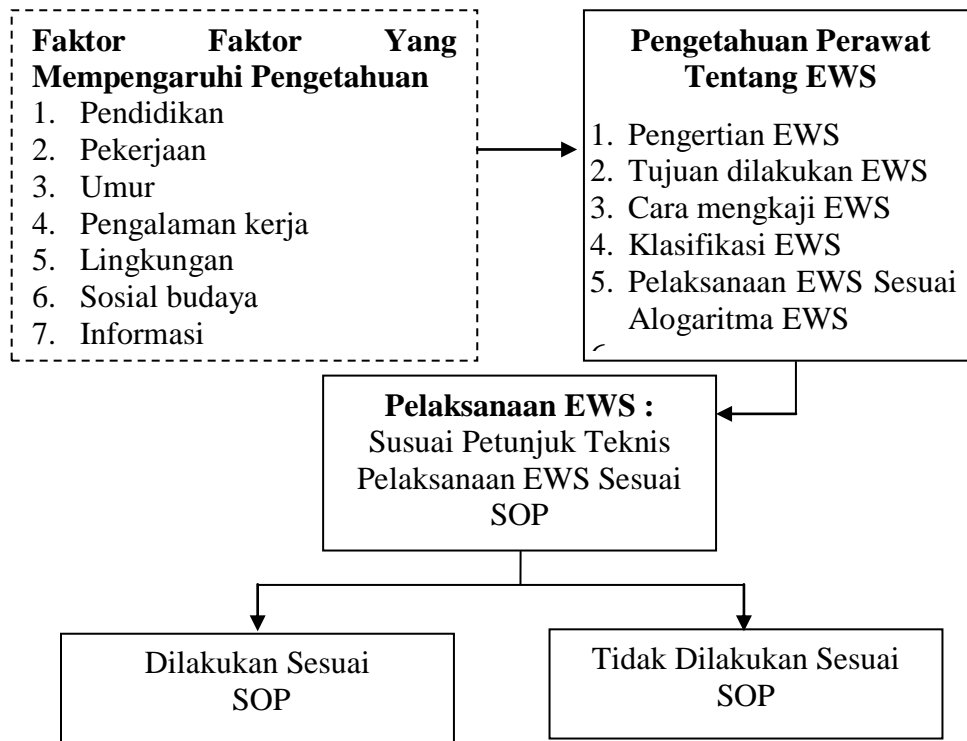


Gambar 2.1 Kerangka Teori Penelitian Hubungan pengetahuan perawat dengan pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS)

2.7. Kerangka Konseptual

Kerangka konseptual adalah suatu uraian dan visualisasi tentang hubungan atau kaitan antara konsep-konsep atau variable-variabel yang akan diamati atau diukur melalui penelitian yang akan dilakukan. (Notoatmodjo, 2012).

Kerangka konsep penelitian dijelaskan sebagai berikut:



Keterangan:

<div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	:	Diteliti
<div style="border: 1px dashed black; width: 80px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	:	Tidak Diteliti
<div style="width: 40px; height: 10px; background: linear-gradient(to right, black 50%, transparent 50%); display: inline-block;"></div>	:	Pengaruh
<div style="width: 40px; height: 10px; background: linear-gradient(to right, black 50%, transparent 50%); display: inline-block;"></div>	:	Berhubungan

Gambar 2.2 Kerangka Konseptual

**Hubungan Pengetahuan Perawat Dengan Pelaksanaan
Early Warning Score (EWS)**

Berdasarkan kerangka konsep di atas maka dapat dilihat bahwa ada tujuh faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan yaitu usia, pendidikan, pengalaman, informasi, sosial budaya, ekonomi, dan lingkungan. Sedangkan pengetahuan perawat tentang *Early Warning Score* (EWS) terdiri dari Pengertian EWS, Tujuan dilakukan EWS, Cara mengkaji EWS, Klasifikasi EWS, Pelaksanaan EWS Sesuai Alogaritma EWS. Pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS) adalah suatu ajuan dalam penerapan langkah-langkah mengkaji, mengklasifikasi, dan melaksanakan *Early Warning Score* (EWS) sesuai SOP yang berlaku. Faktor yang mempengaruhi pengetahuan memiliki pengaruh terhadap pengetahuan perawat tentang *Early Warning Score* (EWS) dan pengetahuan perawat tentang *Early Warning Score* (EWS) mempengaruhi dalam pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS). Dalam pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS) apakah dilakukan sesuai dengan SOP atau tidak dilakukan sesuai SOP. Dalam penelitian ini yang diteliti adalah pengetahuan perawat tentang *Early Warning Score* (EWS) dan pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS)

2.8. Hipotesis Penelitian

Hipotesis penelitian adalah jawaban sementara penelitian, patokan duga atau dalil sementara. Kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian tersebut. (Notoatmodjo, 2014).

H₀: Tidak ada hubungan pengetahuan perawat dengan pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS) pada pasien di ruang *Emergency* dan ruangan *Intensive Care Unit* (ICU) Rumah Sakit Umum Siloam Kupang.

H₁: Ada hubungan pengetahuan perawat dengan pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS) pada pasien di ruang *Emergency* dan *Intensive Care Unit* (ICU) Rumah Sakit Umum Siloam Kupang.

BAB 3

METODE PENELITIAN

Metode penelitian merupakan cara ilmiah mendapatkan data dengan tujuan dan kegunaan tertentu. Pada penelitian dengan judul Hubungan Pengetahuan Perawat Dengan Pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS) Pada Pasien di ruang *Emergency* dan ruangan *Intensive Care Unit* (ICU) Rumah Sakit Siloam Kupang ini akan diuraikan tentang rancangan penelitian, definisi operasional, populasi, sampel dan sampling, waktu dan tempat penelitian, pengumpulan data, analisis data, kerangka kerja, serta etika penelitian.

3.1. Jenis dan Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif yang bersifat korelasional dengan pendekatan *cross sectional* yaitu observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (Notoatmodjo, 2014). Nana Sudjana Dan Ibrahim (2017) menjelaskan mengenai pengertian dari metode penelitian korelasional “studi korelasi mempelajari hubungan dua atau lebih, yakni sejauh mana variasi dalam satu variabel berhubungan dengan variasi dalam variabel lain”. Hal ini senada dengan Nana Syaodih (2017) yang mengatakan studi hubungan (*assoclational study*) disebut juga study korelational yang meneliti antara dua variabel atau lebih.

Pada penelitian ini, peneliti akan meneliti hubungan variabel dependen dengan variabel independen dimana variabel independennya yaitu pengetahuan perawat tentang *Early Warning Score* (EWS) sedangkan variabel dependennya yaitu pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS) pada pasien

3.2. Definisi Operasional

Operasional variabel adalah mengidentifikasi variabel secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati, memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu obyek atau fenomena.

Definisi operasional ditentukan berdasarkan parameter yang disajikan ukuran dalam penelitian. Sedangkan cara pengukuran merupakan cara dimana variabel dapat diukur dan ditentukan karakteristiknya (Setiadi, 2013).

N o	Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor & Kriteria
1	Variabel independent: tingkat pengetahuan perawat tentang <i>Early Warning Score</i> (EWS)	Hal-hal yang diketahui oleh perawat tentang pencegahan penurunan kondisi pada pasien dengan melakukan pengkajian dan melakukan pelaksanaan <i>Early Warning Score</i> (EWS) pada pasien	1. Pengertian <i>Early Warning Score</i> (EWS) 2. Tujuan dilakukan <i>Early Warning Score</i> (EWS) 3. Cara mengkaji <i>Early Warning Score</i> (EWS) 4. Klasifikasi <i>Early Warning Score</i> (EWS) 5. Pelaksanaan <i>Early Warning Score</i> (EWS)	Kuesioner	Ordinal	Skor 1. Pernyataan positif Ya : 1 Tidak : 0 2. Pernyataan negatif Ya : 0 Tidak : 1 Kriteria: 1. Baik: 76-100% (dengan benar dari total jawaban pertanyaan) 2. Cukup: 56-75% (dengan benar dari total jawaban pertanyaan) 3. Kurang: < 56% (dengan benar dari total jawaban pertanyaan) (Arikunto, 2010)
2	Variabel dependent: pelaksanaan <i>Early Warning Score</i> (EWS) pada pasien	Suatu tindakan yang digunakan untuk mendeteksi dini kegawatan kondisi pasien yang tujuannya adalah	1. Melakukan pengkajian <i>Early Warning Score</i> (EWS) a. Respirasi rate b. Saturasi oksigen	Lembar Observasi	Nominal	Dilakukan : Jika skor 100% Tidak Dilakukan : Jika skor $\leq 100\%$

		<p>untuk mencegah hilangnya nyawa seseorang dan mengurangi dampak yang lebih parah dari sebelumnya</p>	<p>c. Urin output d. Suhu e. Tekanan darah sistolik f. Nadi g. Tingkat kesadaran</p> <p>2. Klasifikasi <i>Early Warning Score</i> (EWS)</p> <p>3. Pelaksanaan <i>Early Warning Score</i> (EWS)</p>			
--	--	--	--	--	--	--

**Gambar 3.1 Definisi Operasional
Hubungan Pengetahuan Perawat Dengan Pelaksanaan EWS**

3.3. Populasi, Sampel dan Sampling

3.3.1 Populasi

Populasi adalah wilayah yang terdiri atas obyek atau subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiono, 2011).

1. Populasi Target

Populasi terget adalah populasi yang memenuhi kriteria sampling yang menjadi sasaran akhir penelitian. Populasi dalam penelitian ini adalah semua perawat di ruang *Emergency* dan ruangan *Intensive Care Unit* (ICU) Rumah Sakit Siloam Kupang.

2. Populasi Terjangkau

Populasi terjangkau adalah populasi yang memenuhi kriteria penelitian yang biasanya dapat dijangkau oleh peneliti dari kelompoknya. Populasi terjangkau dari penelitian ini adalah perawat yang sudah memenuhi kriteria inklusi yang sudah ditetapkan. Kriteria inklusi dalam penelitian ini , yakni:

- a. Hadir pada saat penelitian
- b. Bersedia jadi responden
- c. Perawat yang berpendidikan minimal D III keperawatan
- d. Perawat yang bekerja di ruangan *Emergency* dan *Intensive Care Unit* (ICU)

3.3.2 Sampel

Sampel terdiri atas sebagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling (Nursalam, 2016). Sampel dalam penelitian ini berjumlah 32 orang perawat.

3.3.3 Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi (Nursalam, 2016). Teknik sampling dalam penelitian ini menggunakan *total sampling*.

3.4. Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Desember 2020. Tempat penelitian ini dilakukan di ruang *Emergency* dan ruangan *Intensive Care Unit* (ICU) Rumah Sakit Siloam Kupang.

3.5. Pengumpulan Data

3.5.1 Proses Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah alat bantu yang dipilih dan digunakan oleh peneliti dan kegiatannya mengumpulkan data agar kegiatan tersebut menjadi sistematis (Arikunto, 2010). Dalam melakukan penelitian ini prosedur yang dilakukan adalah sebagai berikut:

1. Menentukan masalah dan mengajukan judul kepada pembimbing
2. Menyusun proposal penelitian
3. Mengurus surat perizinan penelitian dari ketua Program Studi Alih Jenjang Universitas Citra Bangsa Kupang
4. Mengantar surat izin penelitian kepada pimpinan Rumah Sakit Siloam Kupang
5. Mengantar surat izin penelitian dan surat izin dari pimpinan Rumah Sakit Siloam Kupang kepada *Head Nurse* ruang *Emergency* dan ICU Rumah Sakit Siloam Kupang
6. Menjelaskan kepada calon responden tentang penelitian yang akan dilakukan dan bila bersedia menjadi responden diperkenankan mengisi lembar *informant consent*
7. Menjelaskan kepada responden tentang pengisian kuesioner
8. Pembagian kuesioner kepada responden penelitian untuk diisi semua daftar pertanyaan yang ada didalamnya. Jika ada data yang belum terisi akan dikembalikan untuk dilengkapi.
9. Pengambilan kuesioner yang sudah diisi secara lengkap oleh responden
10. Pengumpulan data, dan setelah data terkumpul dilakukan analisa data
11. Penyusunan laporan hasil penelitian.

3.5.2 Instrumen Pengumpulan Data

Proses pengambilan dan pengumpulan data dalam penelitian ini secara formal kepada subjek untuk menjawab pertanyaan secara tertulis (Nursalam, 2016). Instrumen dalam penelitian ini terdiri 2 yaitu kuesioner dan lembar observasi. Kuesioner merupakan alat ukur berupa angket atau kuesioner dengan beberapa pertanyaan. Kuesioner ini terdiri dari beberapa pertanyaan pokok meliputi pengetahuan perawat bagaimana memahami dan mengaplikasikan *Early Warning Score* (EWS). Untuk pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS) diukur menggunakan lembar observasi. Lembar observasi merupakan cara pengumpulan data dengan pengamatan langsung kepada responden atau objek penelitian (Hidayat, 2014). Lembar observasi yang digunakan untuk mengukur pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS) yang berisi tahap pengkajian, Mengklasifikasi, dan pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS) sesuai algoritma *Early Warning Score* (EWS)

3.5.3 Uji Validitas Dan Reabilitas

Validitas reabilitas merupakan suatu indeks yang menunjukkan alat ukur tersebut benar-benar mengukur apa yang diukur (Notoadmojo, 2012). Suatu ukuran yang menunjukkan tingkat-tingkat kevalidan dan kesalihan suatu instrumen. Suatu instrumen yang valid atau salih mempunyai validitas tinggi (Arikunto, 2013).

Pada Instrumen penelitian variabel pengetahuan *Early Warning Score* (EWS) menggunakan kuesioner. Kuesioner ini diadopsi dari penelitian sebelumnya dengan judul penelitian Gambaran Pengetahuan Perawat Tentang *Early Warning Score* (EWS) di ruangan Rawat Inap RIC RSUP Haji Adam Malik Medan 2019 oleh Yaaman Zega dengan hasil uji validitas dan reabilitas nilai r hitung $>$ dari r tabel pada 28 orang responden yaitu, 0,361.

3.6. Analisis Data

Analisa data merupakan bagian yang sangat penting untuk mencapai tujuan pokok penelitian, yaitu menjawab pertanyaan-pertanyaan penelitian yang mengungkap fenomena. Data mentah yang didapat, tidak dapat

menggambarkan informasi yang diinginkan untuk menjawab masalah penelitian (Nursalam, 2016)

Dalam proses pengelolaan data terdapat langkah-langkah yang harus ditempuh diantaranya:

1. Pemeriksaan Data (*Editing data*)

Data yang telah dikumpulkan diperiksa segera mungkin berkenaan dengan ketepatan dan kelengkapan jawaban, sehingga memudahkan pengolahan selanjutnya. (Nursalam, 2016)

2. Pemberian Skor (*Scoring*)

Tahap ini dilakukan setelah ditetapkan kode jawaban dan hasil observasi sehingga setiap jawaban responden atau hasil observasi dapat diberikan skor (Suyanto, 2011).

- a. Kuesioner

1. Untuk pernyataan positif

Benar : 1

Salah : 0

2. Untuk pernyataan negatif

Benar : 0

Salah : 1

- b. Lembar observasi

1. Dilakukan : Jika mendapat skor 100%

2. Tidak Dilakukan : Jika mendapat skor $\leq 100\%$

3. Pemberian Kode (*Koding*)

Tahap ini mengklasifikasikan data dan memberikan kode untuk masing-masing kelompok sesuai dengan tujuan dikumpulkannya data. Pemberian kode dilakukan dengan mengisi kotak yang tersedia disebelah kanan kuesioner.

1. Data umum

- a. Pendidikan

D3 keperawatan: 2

S1 keperawatan Ners: 1

b. Lama bekerja

≤ 3 tahun: 1

≥ 3 tahun: 2

c. Jenis kelamin

Laki-laki : 1

Perempuan: 2

2. Data khusus

a. Variabel independen: pengetahuan perawat tentang *Early Warning Score* (EWS)

Baik : 1

Cukup : 2

Kurang : 3

b. Variabel Dependen : Pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS)

Dilakukan: 1

Tidak Dilakukan: 2

4. Tabulasi Data (*tabulating*)

Tabulating merupakan penyajian data dalam bentuk angka yang disusun dalam kolom dan baris dengan tujuan menunjukkan frekuensi kejadian dalam kategori yang berbeda (Setiadi, 2013)

Dalam penelitian ini peneliti mengelompokkan jawaban-jawaban yang serupa dengan menjumlahkan dengan cara yang diteliti dan teratur dengan menggunakan tabel-tabel. Tabulating ini meliputi penyusunan data dalam bentuk tabel tabel yang saling berhubungan. Data hasil analisa kemudian dianalisis berdasarkan prosedur analisa data sebagai berikut:

a) Analisa Univariat

Analisa univariat adalah analisis yang dilakukan tiap variabel dari hasil penelitian. Pada umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan

distribusi dan presentase dari tiap variabel tanpa membuat kesimpulan yang berlaku secara umum (generalisasi) (Ghozali, 2011).

Analisa univariat ini dilakukan dengan menggunakan rumus sebagai berikut (Arikunto, 2017).

$$P = \frac{F}{N} \times 100\%$$

Keterangan:

P = presentase kategori

F = frekuensi kategori

N = jumlah responden

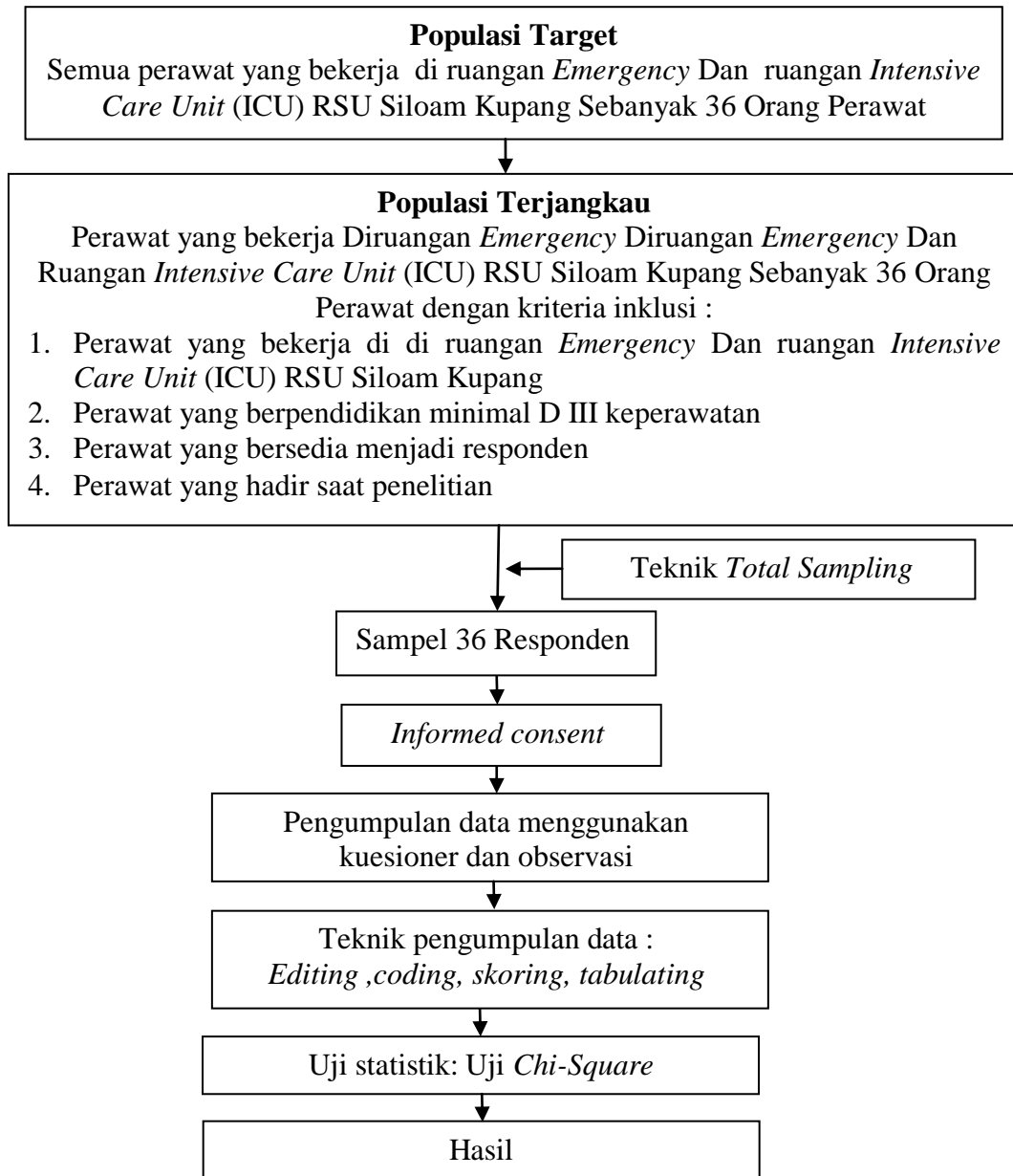
Kriteria dalam variabel pengetahuan dapat diinterpretasikan yaitu sebagai berikut:

1. Baik: 76-100% dari total jawaban pertanyaan
2. Cukup: 56-75% dari total jawaban pertanyaan
3. Kurang < 56% dari total jawaban pertanyaan

b) Analisa Bivariat

Analisa bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi yang dapat dilakukan dengan uji statistik (Notoatmodjo, 2010). Analisa bivariat dalam penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan pengetahuan perawat dengan pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS) pada pasien ruang *Emergency* dan ruangan *Intensive Care Unit* (ICU) Rumah Sakit Siloam Kupang. Uji statistik dalam penelitian ini adalah *chi-square*. Uji *Chi-Square* adalah pengujian hipotesis mengenai perbandingan antara frekuensi observasi atau yang benar-benar terjadi/aktual dengan harapan/espektasi.

3.7. Kerangka Kerja (*Frame Work*)



Gambar 3.1 Kerangka Kerja
Hubungan pengetahuan perawat dengan pelaksanaan
Early Warning Score (EWS)

3.8. Etika Penelitian

3.8.1. *Respect For Human Dignity* (menghargai harkat dan martabat)

1. *Respect for aotonomy* (Menghormati otonomi)

Partisipan memiliki hak bebas untuj menentukan secara sukarela dan tanpa paksaan untuk berpartisipasi atau menolak terlibat dalam penelitian. Peneliti harus menghargai keputusan partisipan apabila partisipan menolak untuk tidak melanjutkan keterlibatan dalam proses penelitian (Afiyanti & Rachmawati, 2014)

2. *Anonymity* (tanpa nama)

Dalam membuat laporan hasil penelitian, peneliti tidak boleh menyebutkan identitas partisipan yang telah terlibat dalam penelitian. Hasil rekaman dari ppartisipan diberi kode tanpa nama.

3. *Confidentiality* (kerahasiaan data)

Informasi yang telah diperoleh dari semua partisipan akan akan dirahasiakan hanya untuk keperluan pelaporan hasil penelitian

3.8.2. *Beneficience* (Berbuat baik)

Pada prinsip etik *Beneficience* peneliti akan memperhatikan kesejahteraan partisipan dengan memperhatikan kemanfaatan dari penlitian yang dilakukan. Peneliti berkewajiban menghargai partisipan sebagai sumber informasi dari penelitian yang akan dilakukan.

3.8.3. *Non maleficience* (Tidak merugikan)

Peneliti minimalkan resiko dari kegiatan penelitian yang dilakukan dengan tidak merugikan partisipan. Selain itu, peneliti akan memperhatikan agar partisipan bebas dari bahaya, eksploitasi dan ketidaknyamanan saat proses penelitian

3.8.4. *Justice* (keadilan)

Dalam prinsip *justice*, semua partisipan memiliki hak yang sama untuk terlibat dalam penelitian tanpa adanya paksaan, tekanan dan diskriminasi. Peneliti memiliki kewajiban untuk memperlakukan semua partisipan secara adil dan memberikan kesempatan yang sama pada pertisipan untuk

memberikan informasi terkait penelitian. Penghargaan yang sama juga diberikan tanpa membedakan suku, agama, etnis dan status sosial partisipan (Afiyanti & Rachmawati, 2014).

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil Penelitian

4.1.1. Karakteristik Lokasi Penelitian

Siloam Hospital Kupang merupakan salah satu unit rumah sakit tipe B yang berlokasi di kawasan Kupang, Nusa Tenggara Timur (NTT), Indonesia. Rumah sakit ini hadir dengan memberikan beragam layanan kesehatan bagi masyarakat di sekitar Provinsi NTT, termasuk pulau Flores, Sumba, dan Rote-Ndao. Spesialisasi unggulan Siloam Hospital Kupang meliputi sistem reproduksi wanita (ginekologi), saluran pernapasan (pulmonologi), saluran pencernaan (gastrologi), dan anak (pediatri). Selain itu, rumah sakit ini juga menjadi rumah sakit rujukan dari rumah sakit lainnya di Kupang untuk menangani kasus bedah. Di rumah sakit ini, didirikan Klinik Asma serta Klinik Tuberkulosis DOTS sebagai jawaban atas masalah kesehatan yang paling umum dialami oleh masyarakat setempat di Kupang.

Siloam Hospital Kupang menyediakan ragam layanan dan fasilitas medis bagi pasiennya, yaitu: Unit Gawat Darurat (UGD) 24 jam, Layanan Diagnostik, Layanan Radiologi, Layanan Laboratorium, Apotek, Ambulans. Siloam Hospital Kupang memiliki daya tampung mencapai 110 tempat tidur untuk pasien rawat inap yang terdiri atas: 2 tempat tidur Neonatal Intensive Care Unit (NICU), 2 kamar suite untuk persalinan dan kelahiran, 4 tempat tidur Intensive Care Unit (ICU), 4 tempat tidur High Care Unit (HCU), 7 kamar operasi.

Rumah Sakit Umum Siloam Kupang berlokasi di jl. R.W. monginsidi, kelurahan. Fatululi, kecamatan oebobo, kota kupang, nusa tenggara timur

4.1.2. Data Umum

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan hasil distribusi frekuensi karakteristik subjek penelitian sebagai berikut:

1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Berdasarkan Usia

Usia	Frekuensi	Presentasi (%)
20-24 Tahun	7	21.9
25-29 Tahun	20	62.5
30-35 Tahun	5	15.6
Total	32	100.0

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Subjek Penelitian Berdasarkan Usia

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa responden yang memiliki usia 20-24 tahun sebanyak 7 orang (21,9%), responden yang memiliki usia 25-29 tahun sebanyak 20 orang (62,5%), responden yang memiliki usia 30-35 tahun sebanyak 5 orang (15,6%).

2. Distribusi Frekuensi Karakteristik Berdasarkan Ruangan Penelitian

Ruangan responden	Frekuensi	Presentasi (%)
Responden ICU	16	50.0
Responden Emergency	16	50.0
Total	32	100.0

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Karakteristik Subjek Penelitian Berdasarkan Ruangan Penelitian

Table 4.2 menunjukkan bahwa total responden sebanyak 32 orang yang terdiri dari 16 orang responden (50%) dari ruangan *Intensive Care Unit* (ICU) dan 16 orang responden (50%) berasal dari ruangan *Emergency*.

3. Distribusi Frekuensi Karakteristik Berdasarkan Pendidikan

Pendidikan	Frekuensi	Presentasi (%)
S1 Ners	19	59.4
D3 Keperawatan	13	40.6
Total	32	100.0

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Karakteristik Subjek Penelitian Berdasarkan Pendidikan

Tabel 4.3 menunjukkan bahwa responden yang berpendidikan S1 Keperawatan Ners sebanyak 19 orang (59,4%), sedangkan responden yang berpendidikan D3 Keperawatan sebanyak 13 orang (40,6%).

4. Distribusi Frekuensi Karakteristik Berdasarkan Lama Kerja

Lama Kerja	Frekuensi	Presentasi (%)
≤ 3 tahun	11	34.3
≥ 3 tahun	21	65.7
Total	32	100.0

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Karakteristik Subjek Penelitian Berdasarkan Lama Kerja

Tabel 4.4 menunjukkan bahwa dari 32 responden sebagian besar sudah bekerja selama diatas 3 tahun yaitu 21 responden (65.7%). Sedang 11 responden (34.3%) bekerja dibawah 3 tahun.

5. Distribusi Frekuensi Karakteristik Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Frekuensi	Presentasi (%)
Laki-laki	9	28.1
Perempuan	23	71.9
Total	32	100.0

Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Karakteristik Subjek Penelitian Berdasarkan Jenis Kelamin

Table 4.5 menunjukkan bahwa dari 32 responden yang berjenis kelamin laki-laki sebanyak 9 Orang (28,1%) dan yang berjenis kelamin perempuan sebanyak 23 orang (71,9%).

6. Distribusi Frekuensi Karakteristik Berdasarkan Pelatihan yang Diikuti

Jenis Pelatihan	Frekuensi	Presentasi (%)
Pelatihan ICU	11	34.4
Pelatihan EMT	13	40.6
BHD	8	25.0
Total	32	100.0

Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Karakteristik Subjek Penelitian Berdasarkan Jenis Pelatihan yang Diikuti

Tabel 4.6 menunjukkan bahwa responden yang mengikuti pelatihan ICU sebanyak 11 orang (34,4%), Responden yang mengikuti pelatihan

Emergency Medical Team (EMT) sebanyak 13 orang (40,6%), dan yang mengikuti pelatihan Bantuan Hidup Dasar (BHD) sebanyak 8 orang (25,5%).

4.1.3. Data Khusus

1. Tingkat pengetahuan perawat tentang *Early Warning Score* (EWS)

Berdasarkan hasil analisis bivariat bahwa tingkat pengetahuan perawat tentang *Early Warning Score* (EWS) di ruangan *Emergency* dan *Intensive Care Unit* (ICU) sebagai berikut:

Pengetahuan EWS	Frekuensi	Presentasi (%)
Baik	19	59,3
Cukup	13	40,7
Total	32	100.0

Tabel 4.7 Tingkat pengetahuan perawat tentang *Early Warning Score* (EWS) di ruangan *Emergency* dan *Intensive Care Unit* (ICU)

Tabel 4.7 didapatkan bahwa dari 32 responden sebagian besar memiliki pengetahuan baik yaitu 19 orang (59,4%) dan 13 orang responden (40,6%) memiliki tingkat pengetahuan cukup.

2. Pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS)

Berdasarkan hasil analisis bivariat, dapat diketahui bahwa pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS) di ruangan *Emergency* dan *Intensive Care Unit* (ICU) adalah sebagai berikut:

Pelaksanaan EWS	Frekuensi	Presentasi (%)
Dilakukan	19	59,3
Tidak dilakukan	13	40,7
Total	32	100.0

Tabel 4.8 Pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS) pada pasien di ruangan *Emergency* dan *Intensive Care Unit* (ICU)

Tabel 4.8 menunjukan dari 32 Responden, yang melakukan pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS) sebanyak 19 orang (59,3%) dan yang tidak melakukan pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS) sebanyak 13 orang (40,7%)

3. Hubungan Pengetahuan Perawat Dengan Pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS) di Ruangan *Emergency* dan *Intensive Care Unit* (ICU)

Pengetahuan EWS	Pelaksanaan EWS				Jumlah	%	P Value
	Dilakukan		Tidak Dilakukan				
	Jumlah	%	Jumlah	%			
Baik	16	84.3	3	23.1	19	59.4	0,002
Cukup	3	15.7	10	76.9	13	40.6	
Total	19	100	13	100	32	100	

Tabel 4.9 hubungan pengetahuan perawat dengan pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS) pada pasien di ruangan *Emergency* dan *Intensive Care Unit* (ICU) Rumah Sakit Siloam Kupang

Pada Tabel 4.9 diatas hasil analisis hubungan tingkat pengetahuan perawat dengan pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS) di Ruangan *Emergency* dan *Intensive Care Unit* (ICU) bahwa tingkat pengetahuan kategori baik sebanyak 19 responden (59.4%) dimana terdapat 16 responden (84.3%) yang melakukan pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS) dengan baik dan 3 responden (23.1%) tidak melakukan pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS). Sedangkan terdapat 13 responden (40.6%) memiliki pengetahuan yang cukup tentang *Early Warning Score* (EWS) dimana terdapat 3 responden (15.7%) yang melakukan pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS) dan 10 responden (76.9%) yang tidak melakukan pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS). Hasil uji statistik menunjukan nilai $p\text{ value}=0,002$ atau lebih kecil dari $p\text{ value}=0,005$ yang berarti ada hubungan yang bermakna antara variabel pengetahuan dengan variabel pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS)

4.2. Pembahasan

4.2.1. Mengidentifikasi pengetahuan perawat tentang *Early Warning Score* (EWS) pada pasien di ruangan *Emergency* dan ruangan *Intensive Care Unit* (ICU) RSU Siloam Kupang

Hasil penelitian didapatkan data bahwa dari 32 responden sebagian besar memiliki pengetahuan baik yaitu 19 orang (59,4%) dan 13 orang responden (40,6%) memiliki tingkat pengetahuan cukup.

Notoadmodjo (2014) mengatakan bahwa pengetahuan merupakan hasil tahu yang didapatkan dari lima penginderaan individu seperti indera penglihatan, pendengaran, penciuman, perabaan, dan perasa terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan itu sendiri dipengaruhi oleh faktor pendidikan formal. Pengetahuan ini sangat erat kaitannya dengan pendidikan, dimana diharapkan bahwa dengan pendidikan yang tinggi maka orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuannya. Akan tetapi perlu ditekankan, bukan berarti seseorang yang berpendidikan rendah mutlak berpengaruh rendah pula. Hal ini mengingatkan bahwa peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh dari pendidikan formal saja, akan tetapi dapat diperoleh melalui pendidikan non formal.

Lama kerja juga mempengaruhi seseorang dalam memperoleh informasi melalui panca indera. Hal ini sesuai dengan pendapat Notoadmojo (2014), yang mengemukakan bahwa tingkat pengetahuan seseorang dapat dipengaruhi oleh informasi yang didapat dan lingkungan tempat tinggal melalui proses pengalaman.

Menurut Sumarsono (2011) pendidikan dan pelatihan merupakan salah satu faktor yang penting dalam pengembangan SDM. Pendidikan dan pelatihan tidak hanya menambah pengetahuan, akan tetapi juga meningkatkan ketrampilan bekerja, dengan demikian dapat meningkatkan produktivitas kerja.

Setelah dilakukan tabulasi silang antara pendidikan dengan pengetahuan responden didapatkan data 19 responden (59.4%) berpendidikan S1 Ners, 10 responden (52.7%) memiliki pengetahuan yang baik tentang *Early Warning Score* (EWS), 9 responden (47.3%) berpengetahuan cukup. Sedangkan responden yang berpendidikan D3 Keperawatan sebanyak 13 Responden (40.7%), 10 responden (76.7%) memiliki pengetahuan baik tentang *Early Warning Score* (EWS), 3 responden (23.4%) memiliki pengetahuan cukup tentang *Early Warning Score* (EWS). Peneliti berpendapat tingkat Pendidikan merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang. Pendidikan juga merupakan suatu kegiatan atau proses pembelajaran untuk mengembangkan atau meningkatkan kemampuan tertentu menuju cita-cita demi mencapai kebahagiaan. Artinya semakin tinggi Pendidikan seseorang, semakin baik pula tingkat pengetahuannya.

Dari hasil tabulasi silang antara lama kerja dengan pengetahuan responden didapatkan 21 responden (65.7%) yang bekerja diatas tiga tahun yang berpengetahuan baik tentang *Early Warning Score* (EWS) sebanyak 13 responden (62%). Peneliti berpendapat bahwa dimana semakin lama dan semakin banyak pengalaman yang didapat saat bekerja, pengetahuannya juga semakin meningkat. Ini dikarenakan lamanya pengalaman kerja memungkinkan berkembangnya pengetahuan seorang perawat karena beragam kasus pasien dalam kondisi gawat darurat yang masuk ke rumah sakit yang dijumpai selama bertahun-tahun.

Dari hasil tabulasi silang antara pelatihan yang diikuti dengan pengetahuan responden hasilnya terdapat 13 responden (40.6%) yang mengikuti pelatihan EMT (*Emergency Medical Team*) 10 responden (77%) diantaranya memiliki pengetahuan baik tentang *Early Warning Score* (EWS), pelatihan ICU (*Intensive Care Unit*) sebanyak 11 responden (34.4%), 7 responden (63,7%) memiliki pengetahuan baik tentang *Early Warning Score* (EWS), 8 responden (25%) mengikuti pelatihan BHD (Bantuan Hidup Dasar)

3 responden (37.5%) memiliki pengetahuan baik tentang *Early Warning Score* (EWS). Peneliti berpendapat bahwa pelatihan tentang kegawatdaruratan juga memegang peran penting dalam peningkatan pengetahuan seorang perawat. Setelah mendapatkan informasi dari luar, seseorang akan mengingat materi tersebut untuk dipelajari dan mempunyai kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang materi tersebut. Dengan adanya pelatihan di luar, maka peningkatan pengetahuan perawat akan bertambah karena adanya paparan materi serta praktik simulasi yang nantinya dapat diterapkan dalam pelayanan sehingga dapat menciptakan pelayanan yang maksimal.

4.2.2. Mengidentifikasi Pelaksanaan Early Warning Score (EWS) di Ruang *Emergency* dan Ruang *ICU* RSUD Siloam Kupang

Dari hasil penelitian didapatkan data bahwa, dari 32 responden yang melakukan pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS) sebanyak 19 orang (59,3%) dan yang tidak melakukan pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS) sebanyak 13 orang (40,7%)

Perilaku adalah semua kegiatan manusia baik yang dapat diamati langsung maupun tidak dapat diamati oleh pihak luar (Murwani, S 2014). Skinner (1938, dalam Notoadmodjo, 2013) menyatakan perilaku dapat dibedakan menjadi dua, yakni perilaku tertutup (*covert behavior*) yaitu respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup. Respon atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan/kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain, dan perilaku terbuka (*overt behavior*) yaitu repons seseorang terhadap stimulus dalam bentuk Tindakan nyata atau terbuka. Respon terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktik (*practice*), yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain.

Marwansyah (2015) pengalaman kerja adalah suatu pengetahuan, keterampilan, dan kemampuan yang dimiliki pegawai untuk mengemban tanggung jawab dari pekerjaannya. Payan J. Simanjuntak (2013) dalam penelitiannya menjelaskan bahwa tingkat prestasi kerja meningkat bersama dengan meningkatnya usia dan kemudian menurun menjelang usia tua atau pensiun.

Dari hasil tabulasi silang antara lama kerja dengan pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS) dari 21 responden (65.7%) yang memiliki pengalaman kerja ≥ 3 tahun, 14 responden (66.7%) diantaranya mampu untuk melakukan pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS) yang baik. Sedangkan 11 responden (34,4%) memiliki pengalaman kerja ≤ 3 tahun, 7 responden (67.3%) diantaranya mampu melakukan pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS) yang baik. Peneliti berpendapat bahwa Salah satu faktor tidak dilakukan pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS) secara maksimal adalah kurang pengalaman responden dalam melakukan pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS) pada pasien di ruangan *Emergency* dan *Intensive Care Unit* (ICU).

Dari hasil tabulasi silang antara usia responden dengan pelaksanaan *Early Warning Scrc* (EWS) didapatkan bahwa 7 orang responden (21.8%) yang berusia 20-24 tahun, 5 responden (71.4%) mampu untuk melakukan pelaksanaan *Early Warning Scrc* (EWS). Dari 20 responden (62.5%) yang berusia 25-29 tahun, 12 responden (60%) mampu untuk melakukan pelaksanaan *Early Warning Scrc* (EWS). Kelompok responden yang berusia 30-35 tahun sebanyak 5 responden (15,7%), 4 responden (80%) mampu untuk melakukan pelaksanaan *Early Warning Scrc* (EWS). Peneliti berpendapat bahwa dalam pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS) akan membaik seiring meningkatnya usia seseorang dan pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS) akan menurun menjelang usia pensiun.

4.2.3. Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Dan Pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS) Di Ruang Emergency Dan Ruang Intensive Care Unit (ICU) RSUD Siloam Kupang

Dari hasil penelitian, diketahui bahwa terdapat 19 responden (59.4%) yang memiliki pengetahuan baik tentang *Early Warning Score* (EWS), 16 responden mampu untuk melakukan pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS), 3 responden tidak mampu melakukan pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS). Terdapat 13 responden (40.7%) yang memiliki pengetahuan cukup tentang *Early Warning Score* (EWS), 3 responden (23.1%) mampu melakukan pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS) sedangkan 10 responden (77%) tidak mampu melakukan pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS) dengan baik. Berdasarkan hasil dianalisis menggunakan uji *chi square* dimana nilai $p\text{ value} = 0,002$ atau \leq nilai $p\text{ value}$ (0,05) yang menunjukkan ada hubungan bermakna. Berdasarkan hasil penelitian yang telah dianalisis menggunakan uji *chi square* dimana nilai $p\text{ value} = 0,002$ atau \leq nilai $p\text{ value}$ (0,05) dengan demikian H_0 ditolak dan dapat dinyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara variabel pengetahuan dengan variabel pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS) pada pasien di ruangan *Emergency* dan ruangan *Intensive Care Unit* (ICU) RSUD Siloam Kupang, yang berarti bahwa jika pengetahuan perawat tentang *Early Warning Score* (EWS) baik maka dalam penerepan dan pelaksanaannya pun baik.

Notoatmodjo (2012) berpendapat bahwa pengetahuan atau ranah kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Salah satu penelitian dari Nurul Aini Jamal (2020) tentang keterampilan perawat tentang *Early Warning Score* (EWS) menunjukkan bahwa dari 136 responden yang diteliti, seluruh perawat memiliki keterampilan yang baik dalam mendeteksi dini perburukan pasien dengan menggunakan *Early Warning Score* (EWS) yaitu sebanyak 136 orang (100%). Hal ini dikarenakan mayoritas responden memiliki pengetahuan dan sikap yang baik.

Peneliti berpendapat bahwa hasil penelitian sesuai dengan teori, yang menyatakan bahwa jika seorang perawat memiliki pengetahuan yang baik tentang *Early Warning Score* (EWS) maka dalam pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS) akan mudah dilakukan. Penerapan *Early Warning Score* (EWS) sangat berkaitan erat dengan peran perawat saat melakukan pengkajian harian yang mendasar seperti tanda-tanda vital. Perawat memberikan asuhan keperawatan dengan melakukan pengkajian harian serta memonitoring keadaan pasien, sehingga ketika ada perburukan keadaan orang pertama yang mengetahui adalah perawat. Dengan adanya dasar yang kuat, dalam hal ini pengetahuan yang baik, maka perawat dapat mendeteksi kegawatan sebelum hal yang tidak diinginkan terjadi. Sehingga diharapkan dengan tatalaksana yang lebih dini, kondisi yang mengancam jiwa dapat tertangani lebih cepat atau dapat dihindari, dan pelayanan yang diberikan pun lebih optimal.

Selain itu didapatkan pada kuesioner pengetahuan, khususnya pada item pertanyaan pengaplikasian *Early Warning Score* (EWS) terdapat sebagian besar responden salah menjawab. Hal ini disebabkan karena pertanyaan ini merupakan pertanyaan kasus dimana perawat kurang memahami bagaimana memberikan skoring pada suatu kasus, salah menentukan kategori *Early Warning Score* (EWS) sehingga pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS) tidak sesuai skor *Early Warning Score* (EWS) yang ada pada pasien. Pada pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS) juga masih didapati responden salah dalam menentukan kategori *Early Warning Score* (EWS) sehingga dalam pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS) tidak dilakukan sesuai dengan kategori *Early Warning Score* (EWS) yang ditemukan pada pasien.

BAB V

PENUTUP

5.1. Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah dijabarkan pada bab sebelumnya, maka kesimpulan yang dapat ditarik dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Lebih dari separuh responden memiliki pengetahuan yang baik tentang *Early Warning Score* (EWS). Tingkat pengetahuan responden yang baik dapat dijadikan sebagai dasar dalam pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS), karena pengetahuan merupakan domain terpenting dalam pembentukan perilaku seseorang.
2. Sebagian besar responden melakukan monitoring *Early Warning Score* (EWS). Domain praktik dalam pembentukan perilaku mempunyai nilai yang sangat penting, karena pengetahuan yang tinggi akan sangat berarti jika diimbangi dengan pelaksanaan yang baik.
3. Hasil uji statistik menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara variabel pengetahuan dengan variabel pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS). Pengetahuan yang baik akan cenderung melakukan pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS) dengan baik pula.

5.2. Kelemahan Penelitian

1. Kelemahan penelitian ini adalah saat responden mengisi kuesioner dengan observasi pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS) tidak dapat dilakukan dalam satu waktu dikarenakan kondisi kerja yang sangat padat.
2. Pada saat penelitian ini tidak semua sampel hadir, dikarenakan beberapa sampel dalam keadaan sakit

5.3. Saran

1. Bagi Perawat

Pelaksanaan monitoring *Early Warning Score* (EWS) sangat penting bagi perawat dalam menilai status kegawatan pasien, karena dalam penerapannya pengetahuan yang baik sangat diharapkan pada saat memberikan asuhan keperawatan, sehingga kualitas pelayanan dapat dirasakan oleh masyarakat.

2. Bagi Rumah Sakit

Rumah sakit merupakan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan yang berbasis preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif. Untuk meningkatkan kualitas pelayanan kegawatdaruratan, maka diperlukan perawat yang memiliki pengetahuan bagaimana melakukan monitoring *Early Warning Score* (EWS) yang baik agar kondisi pasien yang mulai menurun dapat diatasi dengan intervensi yang tepat.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya, diharapkan penelitian ini bisa dilanjutkan dengan menganalisa factor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan dan pelaksanaan *Early Warning Score* (EWS).

DAFTAR PUSTAKA

- Anonimous. (2012). *Konsumsi Penduduk Jawa Timur* . Surabaya: Badan Pusat Statistik Propinsi Jawa TIMUR.
- Arikunto. (2010). *Prosedure Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Board, C. D. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah: managemen klinis untuk hasil yang diharapkan* . Jakarta: Salemba.
- Budiman, R. (2014). *Kipta Selekt Keusioner: Pengetahuan Dan Sikap Dalam Pnelitian Kesehatan* . Jakrta : Salemba Medika.
- Ghozali. (2011). *Aplikasi Analisis Multivariat Dengan progtam IBM SPSS 21*. Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro.
- Halfa. (2014). *Nersing Early Warning Score (EWS)*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Halfa. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah. Dialih Bahasakan Oleh Nimpira R*. Jakarta: Salemba.
- Hidayat, A. (2019). *Metode Penelitian Keperawatan Dan Teknik Nanalisis Data*. Jakarta : Salemba.
- Hidayat, D. R. (2019). *ilmu perilaku manusia, pengantar psikologi untuk tenaga kesehatan medis*. Jakarta : Trans Info Media.
- Jevon, P. &. (2019). *Pemantauan Pasien Kritis. Edisi Kedua. Judil Asli : Monitoring The Critically Patient* . Jakarta: Erlangga.
- Kusnanto. (2014). *Pengenatar Profensi Dan Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: ECG.

- Marwansyah. (2015). *Manajemen Sumber Daya Manusia. Edisi Kedua*. Bandung: Alfabeta.
- Munif, I. D. (2010). *Metodelogi Penelitian Bidang Kesehatan: Bahan Ajar Untuk Mahasiswa*. Jakarta: Sagung Seto.
- Murwani. (2014). *Perawatan Pasien Penyakit Dalam*. Yogyakarta: Goshyen Publising.
- Murwani. (2014). *Statistika Terapan (Teknis Analisis Data)*. Jakarta: Salemba.
- Notoadmodjo. (2010). *Metodelogi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoadmodjo. (2014). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoadmodjo. (2015). *Metodelogi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. (2012). *Konsep Dan Penerapan Metodelogi Peneliatian Ilmu Keperawatan. Edisi 2*. Jakarta: Salemba.
- Nursalam. (2013). *Metodelogi Penilitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis*. Jakarta : Salemba Medika.
- Nusdin. (2020). *Keperawatan Gawat Darurat*. Surabaya: Jakad Media Publisisng.
- Oman. (2018). *Panduan Belajar Keperawatan Emergency*. Jakarta: EGC.
- Petter. (2016). Family Centered Approach Improves Communications And Care In Intensive Care Unit. *www.themedichalnews.com*, 1.
- Perry, P. D. (2010). *Fundamental Keperawatan Edisi 7*. Jakarta : Salemba Medika.
- Q-Pulse. (2015). Early WarniNG Score (EWS). *Early WarniNG Score (EWS)*, 1.
- Simanjuntak, P. J. (2011). *Manajemen Evaluasi Kinerja. Edidi 3*. Jakarta : Fakultas UI.

- Sugiyono. (2017). *Metodwlogi Penelitian Bisnis*. Jakarta: Gramedia Jakarta.
- Sumarsono. (2011). *Pengembangan Sumber Daya Manusia*. Jakarta: Salemba.
- Tarwoto, W. &. (2017). *Kebutuhan Dasar Manusia Dan Asuhan Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Wardah, F. D. (2017). *Pengetahuan Perawat Dalam Pemenuhan Perawatan Spiritual Pasien*. Yogyakarta: Universitas Aisyaya Yogyakarta.
- Winarno. (2013). *Metodelogi Penelitian Dalam Pendidikan Jasmani*. Semarang: Universitas Negeri Malang.

LAMPIRAN 1



**UNIVERSITAS
CITRA BANGSA**

Energy to Inspire Innovation, Humanity and Competitiveness

Jl. Manafe No.17 Kel. Kayu Putih Kec. Oebobo Kupang - NTT
Telp: (0380) 843 0255 Email: citrabangsa@ucb.ac.id

Nomor : A.1.0248/SPm/ADMIN/UCB/IX/2020
 Lampiran : -
 Perihal : Ijin Pengambilan Data Pra Penelitian

Kepada Yth.
 Direktur Rumah Sakit Siloam Kupang

di
 Tempat

Dengan Hormat,

Sehubungan dengan kegiatan pengambilan data untuk penyelesaian Tugas Akhir (Skripsi), maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu sebagaimana perihal surat di atas. Adapun data mahasiswa/i kami adalah sebagai berikut :

Nama Mahasiswa	: Mildan Boimau
NIM	: 191112020
Program Studi	: S1 Keperawatan
Tahun Masuk / Semester	: 2019 / III (Tiga)
Judul	: Hubungan Pengetahuan Perawat dengan Pelaksanaan EWS pada Pasien di Ruang Emergency dan ICU RSU Siloam Kupang
Waktu	: 14 September 2020 s/d 21 September 2020
Lokasi	: Rumah Sakit Siloam Kupang

Demikian surat permohonan kami. Atas bantuan dan kerjasama Bapak/Ibu kami sampaikan terima kasih.



Kupang, 12 September 2020
 Kepala LP3M
Vinsensius B. Lemaking, S.KM., M.Kes

Tembusan :

1. Kepala Devisi Keperawatan RSU Siloam Kupang;
2. Kepala Ruang Emergency Dan ICU RSU Siloam Kupang;
3. Mahasiswa yang Bersangkutan;
4. Arsip.

17th Manafe Street, Kayu Putih
 0380-843 0255
 ucb.ac.id

LAMPIRAN 2

UNIVERSITAS CITRA BANGSA
Energy in Service: Empowering, Promoting and Competitiveness
 Jl. Manafe No.17 Kel. Kayu Putih Kec. Oetobo Kupang - NTT
 Telp: (0380) 843 0255 Email: citrabangsa@ucb.ac.id

Nomor : A.1.0164/SPm/ADMIN/UCB/XI/2020
 Lampiran : -
 Perihal : Ijin Pengambilan Data Penelitian

Kepada Yth.
 Direktur Rumah Sakit Siloam Kupang
 di
 Tempat

Dengan Hormat,

Sehubungan dengan kegiatan pengambilan data untuk penyelesaian Tugas Akhir (Skripsi), maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu sebagaimana perihal surat di atas. Adapun data mahasiswa/i kami adalah sebagai berikut :

Nama Mahasiswa	: Mildan Boimau
NIM	: 191112020
Program Studi	: S1 Keperawatan
Tahun Masuk / Semester	: 2019 / III (Tiga)
Judul	: Hubungan Pengetahuan Perawat dengan Pelaksanaan Early Warning Score (EWS) Pada Pasien Di Ruang Emergency dan Ruang ICU Rumah Sakit Siloam Kupang
Waktu	: 01 Desember 2020 s/d 31 Desember 2020
Lokasi	: Ruang Emergency dan Ruang ICU RS Siloam Kupang

Demikian surat permohonan kami. Atas bantuan dan kerjasama Bapak/Ibu kami sampaikan terima kasih.

Kupang, 27 November 2020
 Kepala LP3M

Yusmanis B. Lemaling, S.KM., M.Kes

Terbuan :
 1. RDON RS Siloam Kupang;
 2. Head Nurse Ruang Emergency RS Siloam Kupang;
 3. Head Nurse Ruang ICU RS Siloam Kupang;
 4. Mahasiswa yang bersangkutan;
 5. Arsip.

LAMPIRAN 3

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth. Calon Responden
Di Ruangan Emergency dan ICU RS Siloam Kupang

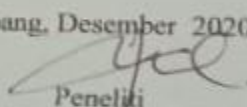
Dengan hormat, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Mildan Boimau
NIM : 191112020

Adalah mahasiswa Universitas Citra Bangsa Kupang Program Studi Ners, saya akan melakukan penelitian tentang **"Hubungan Pengetahuan Perawat Dengan Pelaksanaan EWS Pada Pasien Di Ruangan Emergency Dan ICU RS Siloam Kupang "**

Adapun manfaat dari penelitian ini adalah sebagai masukan untuk pengembangan kualitas pelayanan kesehatan. Untuk itu saya mohon partisipasi Bapak/Ibu/Sdr/Sdri untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Saya menjamin kerahasiaan data dan hasil penelitian tersebut. Informasi yang saya dapatkan akan dipergunakan dalam pengembangan ilmu keperawatan dan tidak akan digunakan untuk maksud lain.

Sebagai bukti persetujuan Bapak/Ibu/Sdr/Sdri, saya mohon kesediaannya untuk menandatangani surat persetujuan yang telah disediakan. Partisipasi Bapak/Ibu/Sdr/Sdri sangat saya hargai dan sebelumnya saya ucapkan terima kasih.

Kupang, Desember 2020

Peneliti

LAMPIRAN 4

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama (Inisial): *AT*.

JenisKelamin : *laki-laki*

Setelah diberikan penjelasan tentang manfaat dari penelitian ini, maka saya bersedia terlibat sebagai responden dalam penelitian salah satu mahasiswa Universitas Citra Bangsa Kupang Program Studi Ners atas nama **Mildan Boimau Nim 191112020 Tentang Hubungan Pengetahuan Perawat Dengan Pelaksanaan Ews Pada Pasien Di Ruang Emergency Dan ICU Rumah Sakit Siloam Kupang**

Atas dasar pemikiran bahwa penelitian ini dilakukan untuk pengembangan ilmu dan kualitas di bidang keperawatangawat darurat, maka saya memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini sebagai responden.

Kupang, ²² Desember 2020

AT
Responden

LAMPIRAN 5

Kuesioner

Hubungan Pengetahuan Perawat Dengan Pelaksanaan EWS Pada Pasien Di Ruang Emergency Dan Icu Rs Siloam Kupang "

Kode Responden : 100-11

Hari/Tanggal : 22/12/2020

No. Responden : -

Petunjuk pengisian :

1. Menjawab setiap pernyataan yang tersedia dengan memberikan tanda Centang (✓) pada tempat yang disediakan
2. Semua pernyataan harus dijawab
3. Setiap pernyataan di isi dengan satu jawaban
4. Bila ada yang kurang mengerti silahkan bertanya kepada peneliti

A. Data Demografi

Nama initial : A T

Usia : 27 tahun

JenisKelamin : Perempuan

Suku : Timor

Agama : Kristen

Pelatihan yang diikuti : P21 100

Lama Kerja : 8 tahun

PendidikanTerakhir : ☒ DIII Keperawatan ☐ S1 Keperawatan
☐ Lain - lain Sebutkan .

Pilihan : berilah tanda Centang (✓) pada jawaban yang menurut anda benar

B. Kuesioner Pengetahuan Perawat Tentang Nursing Early Warning Scoring

No.	Pernyataan	Benar	Salah
A. Tahu			
1.	Early Warning Score (EWS) merupakan suatu sistem permintaan bantuan untuk mengatasi masalah kesehatan pada pasien secara dini yang didasarkan pada penilaian terhadap perubahan keadaan pasien melalui pengamatan yang sistematis terhadap semua perubahan fisiologi pasien	✓	
2.	Early Warning Score (EWS) memiliki tujuan sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk mendeteksi secara cepat kegawatan pasien sebelum mengalami kegawatdaruratan	✓	
3.	Para meter yang diikut dalam Early Warning Score (EWS) mencakup tingkat kesadaran, saturasi oksigen, urin output, respirasi, suhu, denyut nadi dan tekanan darah sistol	✓	
4.	Early Warning Score (EWS) memiliki 3 kategori yaitu kategori rendah, sedang dan tinggi	✓	
5.	Saya memberi nilai EWS 3 pada pasien dengan RR : 22 kali/menit		✓
6.	Saya memberi nilai EWS 3 pada pasien dengan Tekanan darah sistolik 240 mmHg	✓	
7.	Saya memberi nilai EWS 1 pada pasien dengan HR 110x/menit kali/menit	✓	
8.	Saya memberi score EWS 9 pada pasien dengan tingkat kesadaran pain, SpO2 <85, dan respirasi 30x/menit	✓	
9.	Saya memberi nilai 3 pada pasien yang tidak berespon terhadap rangsangan	✓	
10.	Saya memberikan nilai 0 pada pasien dengan kesadaran alert	✓	

B MEMAHAMI		
11	Pada pasien dengan score EWS 9 perawat melakukan observasi pasien tanpa perlu menghubungi dokter	✓
12	Saya melakukan pengkajian dan didapati score EWS 6, Saya mendokumentasikan pada catatan observasi dan lembar integrated notes	✓
13	Jika didapati score EWS ≥ 6 bubuhkan stempel khusus pada lembar integrated notes	✓
14	Nilai EWS 3 Masuk dalam kategori EWS rendah	✓
15	Pada pasien yang stabil dengan EWS 0 perawat melakukan monitoring minimal 3x sehari	✓
16	Jika terjadi henti jantung henti napas pada pasien dengan score EWS lebih dari 7 tidak perlu dilakukan penanganan sesuai algoritma code blue	✓
17	Kategori EWS rendah jika memiliki score 1-4	✓
18	Score EWS 2 tidak perlu di catat pada lembar observasi atau integrated notes	✓
19	Code blue diaktifkan ketika pasien terjadi henti jantung henti napas	✓
20	Pasien dengan RR 18-20x/menit, HR 101-110x/menit pasien sadar penuh adalah pasien dalam kondisi stabil	✓

C MENGAPLIKASIKAN			
21	Bila didapati skor EWS 0 perawat melakukan monitor <i>Early Warning Score</i> (EWS) rutin minimal 3 kali sehari atau 1 kali dalam tiap shift dinas perawat atau tiap 4 jam untuk pasien pasca perawatan intensive (Tekanan darah sistolik, nadi, pernapasan, saturasi oksigen, suhu, urin output, dan tingkat kesadaran)	✓	
22	Perawat melakukan Pemantauan tiap 1 jam pada pasien dengan skor EWS 5-6	✓	
23	Perawat melaporkan skor <i>Early Warning Score</i> (EWS) 5-6 kepada <i>Recident Medical Officer</i> (RMO), dan <i>Recident Medical Officer</i> (RMO) melakukan verifikasi segera dalam 30 menit sejak dilaporkan dan melakukan pemeriksaan dan penanganan pasien	✓	
24	Perawat melaporkan skor <i>Early Warning Score</i> (EWS) ≥ 7 kepada <i>Recident Medical Officer</i> (RMO), dan <i>Recident Medical Officer</i> (RMO) melakukan verifikasi segera dalam 15 menit sejak dilaporkan dan melakukan pemeriksaan dan penanganan pasien	✓	
25	Perawat melakukan Pemantauan tiap 30 menit pada pasien dengan skor EWS ≥ 7 dan mendokumentasikan pada lembar observasi dan formulir <i>integrated note</i>	✓	

26	perawat melakukan penanganan pada pasien dengan henti jantung sesuai dengan algoritma <i>code blue</i>	✓	
27	Kasus : Tn I berobat ke ruangan emergency, setelah dikaji skor EWS pasien memiliki skor 4. Setelah dilakukan observasi selama 1 jam pasien mengalami penurunan kondisi dengan skor EWS 8 sehingga dokter memberi instruksi pasien di observasi setiap 30 menit	✓	
28	Pada pasien dengan nilai EWS ≥ 7 saat dilakukan re-asemen ditemukan skor < 5 setelah 4 jam observasi kembali ikuti petunjuk respon klinis skor rendah (kuning)	✓	
29	Kasus : Ny L Memiliki Skor EWS 8. Setelah 4 Jam Observasi Skor EWS Ny L turun menjadi skor 5 sehingga perawat melakukan observasi setiap 2 jam.		✓
30	Kasus: Tn M datang ke ruangan Emergency dengan TD 220/90 HR 130 RR 34 SPO2 92% Urin output normal, kesadaran <i>Alert</i> , suhu 36 perawat memberikan skor EWS 9 dan perawat melakukan observasi pasien setiap 30 menit	✓	

LAMPIRAN 6

LEMBAR OBSERVASI PENGKAJIAN DAN PELAKSANAAN EWS

A. Pengkajian EWS Berdasarkan 7 Parameter EWS

NO	Uraian	DILAKUKAN PENGKAJIAN		TIDAK DILAKUKAN PENGKAJIAN
		BENAR	SALAH	
1	Tekanan Darah	160/90		
2	Nadi	84		
3	Suhu	36,7		
4	Respirasi	13		
5	Oksigen Tambahan	-		
6	Spo2	99%		
7	Kesadaran	Alert		

Total Skor EWS : 2

Kategori EWS: Rendah

C. Lembar Observasi Pelaksanaan EWS Kategori Rendah

Nilai EWS	Frekuensi Monitoring	Respon Klinik	Dilakukan	Tidak Dilakukan
1-4 Skor rendah	Tiap 4 jam	Lapor Resident Medical Office (RMO)	✓	
		Resident Medical Office (RMO) visite pasien dan melakukan verifikasi kondisi pasien < 1 jam	✓	
		Resident Medical Office (RMO) memutuskan frekuensi monitoring di tambah atau tidak	✓	
		Lapor ke dokter penanggung jawab pasien	✓	
		Catat pada lembar observasi dan formulir integrated notes	✓	
		Jika pada re-asemen ditemukan skor <1 setelah 4 jam kembali ikuti petunjuk respon klinis skor 0	✓	
		Sebaliknya jika ditemukan skor >4 setelah 2 jam observasi tingkatkan frekuensi observasi dan ikuti petunjuk skor midium (Kuning)	✓	

LAMPIRAN 7**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Nilai * Pelaksanaan EWS	32	100.0%	0	0.0%	32	100.0%

Nilai * Pelaksanaan EWS Crosstabulation

			Pelaksanaan EWS		Total
			Dilakukan	Tidak Dilakukan	
Nilai Baik	Count		16	3	19
	Expected Count		11.3	7.7	19.0
Cukup	Count		3	10	13
	Expected Count		7.7	5.3	13.0
Total	Count		19	13	32
	Expected Count		19.0	13.0	32.0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	11.959 ^a	1	.001		
Continuity Correction ^b	9.559	1	.002		
Likelihood Ratio	12.610	1	.000		
Fisher's Exact Test				.001	.001
Linear-by- Linear Association	11.586	1	.001		
N of Valid Cases	32				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.28.

b. Computed only for a 2x2 table

Karakteristik Responden Berdasarkan Ruangan Penelitian

Asal Responden	Frequency	Percentase (%)
Responden ICU	16	50.0
Responden Emergency	16	50.0
Total	32	100

Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan

Pendidikan	Frequency	Percentase (%)
S1	19	59.4
D3	13	40.6
Total	32	100.0

Karakteristik Responden Berdasarkan Lama Kerja

Lama kerja	Frequency	Percentase (%)
≤ 3 Tahun	21	65.7
≥ 3 Tahun	11	34.3
Total	32	100.0

Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Frequency	Percentase (%)
Laki-laki	9	28.1
Perempuan	23	71.9
Total	32	100.0

Karakteristik Responden Berdasarkan Pelatihan Yang Diikuti

Jenis Pelatihan	Frequency	Percent (%)
Pelatihan ICU	11	34.4
Pelatihan EMT	13	40.6
BHD	8	25.0
Total	32	100.0

Karakteristik Responden Berdasarkan Pelatihan Usia

Usia	Frequency	Percentase (%)
20-24 Tahun	7	21.9
25-29 Tahun	20	62.5
30-35 Tahun	5	15.6
Total	32	100.0

Pendidikan-Pengetahuan Crosstabulation

Count

		Pengetahuan		Total
		Baik	Cukup	
Pendidikan	S1 Ners	10	9	19
	D3 Keperawatan	10	3	13
Total		20	12	32

Lama Kerja * Pengetahuan Crosstabulation

Count

	Pengetahuan		Total
	Baik	Cukup	
Lama < 3 Tahun	7	4	11
Kerja > 3 Tahun	13	8	21
Total	20	12	32

Pelatihan-Pengetahuan Crosstabulation

Count


	Pengetahuan		Total
	Baik	Cukup	
Pelatihan Pelatihan ICU	7	4	11
Pelatihan EMT	10	3	13
BHD	3	5	8
Total	20	12	32

Lama Kerja - Pelaksanaan EWS Crosstabulation				
Count				
		Pelaksanaan EWS		Total
		Dilakukan	Tidak Dilakukan	
Lama Kerja	< 3 Tahun	7	4	11
	> 3 Tahun	14	7	21
Total		21	11	32

Usia-Pelaksanaan EWS Crosstabulation				
Count				
		Pelaksanaan EWS		Total
		Dilakukan	Tidak Dilakukan	
Usia	20-24 Tahun	5	2	7
	25-29 Tahun	12	8	20
	30-35 Tahun	4	1	5
Total		21	11	32





Responden	KUESIONER																														TOTAL	SKOR		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30				
R1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	22	73.34		
R2	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	22	73.34	
R3	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	22	73.34		
R4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30	100		
R5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	25	83.34	
R6	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	21	70		
R7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	28	93.34	
R8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	27	90	
R9	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	22	73.34	
R10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	26	86.67	
R11	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	22	73.34	
R12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	26	86.67	
R13	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	22	73.34	
R14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	26	86.67	
R15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	26	86.67		
R16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	29	96.67	
R17	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	22	73.34	
R18	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	25	83.34	
R19	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	21	70	
R20	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	27	90	
R21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	27	90	
R22	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	22	73.34		
R23	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	26	86.67	
R24	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	22	73.34	
R25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	27	90		
R26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	27	90	
R27	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	26	86.67
R28	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	22	73.34	
R29	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	26	86.67	
R30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	26	86.67	
R31	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	29	96.67	
R32	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	28	93.34	
Total Benar	29	32	31	32	30	30	29	25	29	29	28	29	19	28	31	30	29	25	30	29	30	20	31	30	23	30	10	28	10	13				
Total Salah	3	0	1	0	2	2	3	7	3	3	4	3	13	4	1	2	3	7	2	3	2	12	1	2	9	2	22	4	22	19				

LAMPIRAN 8


**UNIVERSITAS
CITRA BANGSA**
Jl. Sumatra No. 57 Blok. Bogo-Putih Kec. Cidahu Kabupaten - MTZ
Telp. (0880) 842 8556 Email: citrabangsa@gmail.com

LEMBAR KONSULTASI SKRIPSI

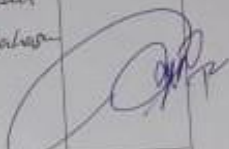
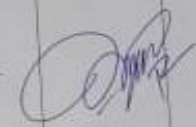
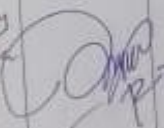
Nama : Mildan Boimau
 NIM : 19112020
 Pembimbing I : Appolonaris T. Berkanis, S. Kep, Ns, MH.Kes

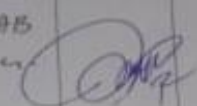
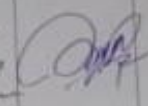

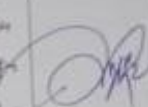

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Catatan Pembimbing	Paraf
1	Kamis 18-02-2021	Konsultasi BAB IV dan BAB V	* Revisi BAB III Tempat Penelitian * Revisi lagi BAB IV dan BAB V	
2	Jumat 19-02-2021	* Konsultasi BAB III, IV, V	* Revisi BAB IV dan BAB V	
3	Senin 22-02-2021	* konsultasi BAB IV dan BAB V	* Revisi lagi BAB IV dan BAB V * lanjut konsultasi dengan Pembimbing II	
4	Sabtu 05-03-2021	* konsultasi BAB IV dan BAB V	* Revisi Penulisan, esai pada BAB IV dan BAB V	

5	Seam- Bos-2021	di komputer dengan BAB I-V dengan lampiran	di ACC usman skripsi	✓
6				
7				
8				

LEMBAR KONSULTASI SKRIPSI

Nama : Mildan Boimau
 NIM : 19112020
 Pembimbing I : Ns.Analizza Ina Lea,M.Ng(AC)

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Catatan Pembimbing	Paraf
1	Senin 22-02-2021	* konsultasi BAB IV dan BAB V	* Revisi BAB V Pendahuluan dan Esai dan catatan Pembahasan	
2	Selasa 23-02-2021	* konsultasi BAB IV	* Revisi sistematika Penulisan BAB IV Helm pembahasan (kesimpulan).	
3	Rabu 24-02-2021	* konsultasi BAB IV	* Revisi BAB IV. Helm uraikan tabel yang pada variabel penelitian dan pelaksanaan GIS	

4	Kamis 24-02-2021	Konsultasi BAB IV	* Revisi Hasil Tabulasi dan penyusunan BAB IV C Pembahasan	
5	Jumad 27-02-2021	* Konsultasi BAB IV dan BAB V	* Revisi Pembahasan sekarang sesuai hasil diskusi dan dikecualikan slang 2 tahun umum	
6	Sabtu 26-02-2021	* Konsultasi BAB IV dan BAB V	* Revisi Pembahasan Hasil sesuai Tabulasi slang untuk Tesis Kelas * BAB V tambahkan sesuai untuk paragraf Sekelompok	
7	Kamis 4-03-2021	* Konsultasi BAB IV dan BAB V	* Revisi Hasil Tabulasi data dan lampiran pada Pembahasan Hubungan dengan Pengetahuan Perilaku Tentang EKS	
8	Sabtu 6-03-2021	* Konsultasi BAB IV dan BAB V	* ACC Usulan Skripsi	

Lampiran 9



Nama Lengkap : Mildan Boimau

Nama Panggilan : Mildan

TTL : So'E, 14 Mey 1991

Jenis Kelamin : Laki-laki

Agama : Kristen Protestan

Alamat : Noemeto Kec Kota Soe

E-Mail : boimau.mildan@gmail.com

Riwayat Pendidikan:

1. Tahun 1998-2004: SD GMIT Soe 1
2. Tahun 2004-2007: SMP Negeri 2 Soe
3. Tahun 2007-2010: SMA Efata Soe
4. Tahun 2011-2014: Pendidikan DIII Keperawatan di Akademi Keperawatan
Maranatha Kupang
5. Tahun 2019-2021: Pendidikan Sarjana Strata I Keperawatan di
Universitas Citra Bangsa Kupang